

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Autres :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educations :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le contrôle radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3482 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABEL ABDELHAMID

Date de naissance : 18-04-52

Adresse : 23, Ave IBRAHIM HABIB - Maarif - CAS

Tél. : 0661 311542 Total des frais engagés : 2106,78 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 16/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Mme ALLOUCHE Zohy Khadija</b> <b>Pharmacie les Arènes</b> 5, Rue Jalal E-ddine Sayouti Quartier Racine tel 05 22 36 28 24 - Casablanca	03/02/22	T = 2106,70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

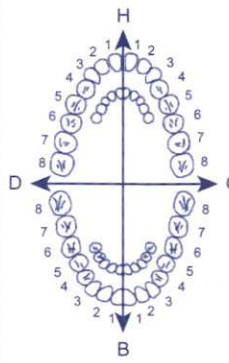
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# Pharmacie LES ARENES - Casablanca

Khadija ALLOUCHE ZOHRY

0522941945 - - - 0522362824

05.Rue Jalaeddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca



**Facture N° FAC-45038**

Date : 03/02/2022

Dr. ALLOUCHE Zohry Khadija  
Pharmacie les Arènes  
5, Rue Jalal E-ddine Sayouti  
Quartier Racine  
05 22 36 28 24 - Casablanca

Maroc

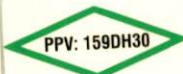
Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELLI	1	563,00	1	563,00
FLOTRAL CO 10MG B30 COMP	1	159,30	2	159,30
SIMVACOL CO 40MG B28 COMP	1	73,40	1	73,40
JANUMET CO 50/1000MG B56 COMP	3	437,00	1	1 311,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	2 096,28 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	10,42 DHS
Montant (DHS)	0	10,42	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	2 106,70 DHS
				<b>Total</b>	<b>2 106,70 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille cent six DHS et soixante-dix centimes**

Maphar  
Bd. Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 563,00 DH  
6 118001 185023

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Dr. ALLOUCHE Zohry Khadija  
Pharmacie les Arènes  
5, Rue Jalal E-ddine Sayouti  
Quartier Racine  
05 22 36 28 24 - Casablanca

73.40

IF : 40718480 TP : 35710111 RC : 183950/CASABLANCA ICE : 001713768000077

Tel : 0522941945 - - - 0522362824

Adresse : 05.Rue Jalaeddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca