

# 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.

## Radiologie 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.

## Optique :

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

## Rééducation :

- 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.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

**MUPRAS** : 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° P19- 066297

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07005 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : FAHER Jamila  
Date de naissance :  
Adresse : Harbi Tindell  
Tél. : 06 68 45 14 00 Total des frais engagés : 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 :

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 : 21 / 05 / 22  
Signature de l'adhérent(e) : FAHER



# 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

01/05/2022

578,30

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Cardiopirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiopirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiopirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

PROTH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE LE GALIEN

77 Rue de Rome Mers Sultan. CP20409 Casa

760

R.C :372926

Patente:34450900

T.V.A :40151144

C.N.S.S:7666805

Tél :0522-80-67-87

Le 01/05/2022

FACTURE N°775723

N° ICE : 000521790000047

FAHER JAMILA

N° IF : 40151144

SANS ADRESSE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CARDIO-ASPIRINE 100 MG X 30 CP	27,70	83,10		
9	LEVOTHYROX 100 X 28 CP	24,40	219,60	14,37	7,00
2	LEVOTHYROX 25 X 28 CP	6,80	13,60	0,89	7,00
3	NEBILET X 28 CP	87,50	262,50		
1	Neblet Bt 28	87,50			

PHARMACIE LE GALIEN  
77 RUE DE ROME MERS SULTAN  
TEL: 05 22 80 67 87 - N°PE 092068031  
CASABLANCA

TOTAL T.T.C :

578,80

Nbr Articles TVA 7% Base : 233,20 Montant : 15,26 TVA 20% Base :

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Soixante-dix Huit Dirhams et 80 centimes.

PHARMACIE LE GALIEN  
77 RUE DE ROME MERS SULTAN  
TEL: 05 22 80 67 87 - N°PE 092068031  
CASABLANCA