

## 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 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.
- La 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0006359

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5552 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL ABDEL MAJID

Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : Habituelle

Tél. : 066218390 Total des frais engagés : 1161,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/06/2022

Nom et prénom du malade : Bilal LATIFA Age : 56 ans

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

Nature de la maladie : achar libre (M.L.)

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète

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 : CASA Le : 23.06.2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0006359

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

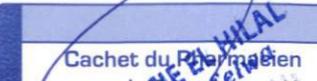
Matricule : LATIFA

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1161,50 DH

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire 	Date 23 24 06 06 22 22	Montant de la Facture 827,60. 333,90.

[illegible][illegible]

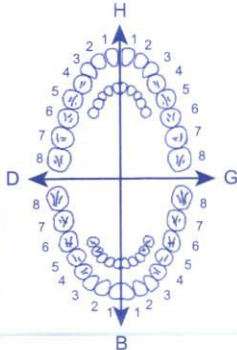
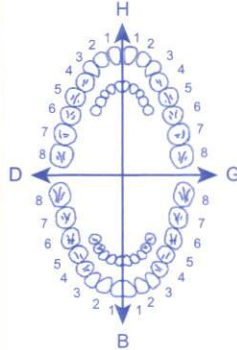
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

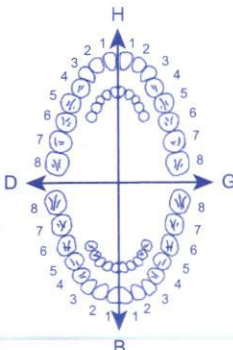
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

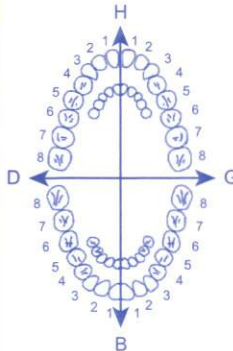
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	B												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553				
	D	G											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div><div><div>H</div><div>25533412 00000000</div><div>D</div></div><div><div>G</div><div>21433552 00000000</div><div>G</div></div></div> <div><div>B</div><div>00000000 35533411</div><div>B</div></div>			
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## PHARMACIE EL HILAL

77. Rue Francois Ponsard - CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

## F A C T U R E

Client.....:BILAL LATIFA

ICE.....:

Date.....:24/06/2022

FACTURE.....N°: 12

!	QUANTITE!	DESIGNATION	!	PPV	!	MONTANT	!	TVA!
!	3	!AMAREL 3MG	!	92.10!		276.30!		0!
!	2	!VITANEVRIL FORT	!	28.80!		57.60!		0!
DONT TVA: 7 %:			TOTAL		:	333.90		
DONT TVA: 20 %:					:			
TOTAL TVA :					:			

TOTAL NET: 333.90

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
TROIS CENT TRENTE TROIS Dirhams 90 Centimes

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77. Rue Al Bachr Laâlaï  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 001513239000014

LOT : 21E002  
PER.: 05 2024AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10



6 118000 060017

LOT : 21E002  
PER.: 11 2024AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10



6 118000 060017

LOT : 21E002  
PER.: 05 2024AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10



6 118000 060017

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

## PHARMACIE EL HILAL

77. Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

## F A C T U R E

Client.....:BILAL LATIFA  
 ICE.....:  
 Date.....:23/06/2022  
 FACTURE.....N°: 11

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1  
 Ain Sebaa Casablanca  
 Lantus Solostar 100U/ml inj  
 b1 Sty 3ml  
 P.P.V : 152,50 DH  
 6 118001 081608

20,80  
 LOT 220455  
 EXP 03/2027  
 PPV 20.80DH

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT
2	!GLUCOPHAGE 500MG	20.80!	41.60!
2	!EXFORGE 10MG/160	273.00!	546.00!
1	!LANTUS SIMPLE 1AMPOULE	152.50!	152.50!
1	!NEBILET 5MG BP28CP	87.50!	87.50!
DONT TVA: 7 %:		38.44	TOTAL : 827.60
DONT TVA: 20 %:		0.00	
TOTAL TVA :		38.44	TOTAL NET: 827.60

6118 0103060 6  
 EXFORGE  
 10mg/160mg  
 28 comprimés pelliculés  
 PPV : 273,00 DH

611800103060 6  
 EXFORGE  
 10mg/160mg  
 28 comprimés pelliculés  
 PPV : 273,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
 HUIT CENT VINGT SEPT Dirhams 60 Centimes

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
 28 comprimés  
 PPV 87DH50

PHARMACIE EL HILAL  
 Mme Laaboudi Selwa  
 77, Rue Al Bachir Laalaj  
 Cité Plateaux - Casablanca  
 0522 25 96 06 - ICE: 001513239000014