

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-689094

120785

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5860 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HACIHAN

Date de naissance : 26-11-1957

Adresse :

Tél. : 0661391113 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE DU LYCEE</b> <b>CASA SARL AU</b> Rue de la Réunion - CASA v° 8 bis Tél : 05-22-29-47-67 ICE : n° 1668088000047	05/05/22	38,20
<b>HARMACIE DU LYCEE</b> <b>CASA SARL AU</b> Réunion - CASA Tél : 05-22-29-47-67	15/06/22	38,70

[illegible]

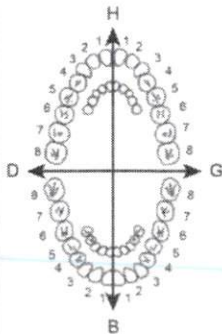
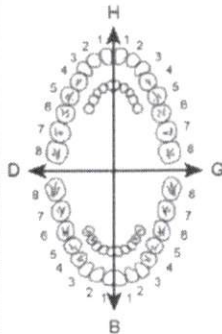
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU LYCEE.SARL.AU  
MME BENNANI HIND  
8 B,RUE DE LA  
REUNION.BOURGOGNE.CASA,BLANCA

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 12/2024

LOT 10041

Tél : 0522294767

05/05/2022

EL HACHAD FOUZIA

FACTURE N° : 10229

du 05/05/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	INDOLAN 100 MG X 10 SUPPOS	38,20	38,20	7%
Total TTC			38,20	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
TRENTÉ HUIT DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	35,70	2,50	38,20
		35,70	2,50	38,20

PHARMACIE DU LYCEE  
CASA SARL AU  
N° 8 bis Rue de la Réunion - CASA  
Tél : 05 22 29 47 67  
ICE : 001689088000047

CNSS : 2567272  
Compte : 050810006010445609200119

I.C.E : 001689088000047  
Patente : 35423879

INPE:092022060  
R.C : 366151

I.F : 20719274  
RIB :

PHARMACIE DU LYCEE.SARL.AU  
MME BENNANI HIND  
8 B,RUE DE LA  
REUNION.BOURGOGNE.CASABLANCA

PPV 380H70  
EXP 10/2024  
LOT 10013 2

**Calcibronat® 2 g**  
20 COMPRIMES  
EFFERVESCENTS

Tél : 0522294767

EL HACHAD FOUZIA

**FACTURE N° : 10231 du 15/06/2022**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CALCIBRONAT X 20 COMPS EFFER	38,70	38,70	7%
Total TTC			38,70	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
TRENTÉ HUIT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	36,17	2,53	38,70
		36,17	2,53	38,70

PHARMACIE DU LYCEE  
CASA SARL AU  
N° 8 bis Rue de la Réunion - CASA  
Tél : 05 22 29 47 67  
ICE : 001689088000047

CNSS : 2567272  
Compte : 050810006010445609200119

I.C.E : 001689088000047  
Patente : 35423879

INPE:092022060  
R.C : 366151

I.F : 20719274  
RIB :