

# 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

- 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](http://www.mupras.com)



—MLD—  
Déclaration de Maladie

M22- 0005800

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule: 01859

Société: 125783

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom: ANBI MOHAMMED

Date de naissance: 01.07.1949

Adresse:

Tél.: 06.63.66.84.10

Total des frais engagés: #556,90 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:

Affection longue durée ou chronique:  ALD  ALC Pathologie:

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.

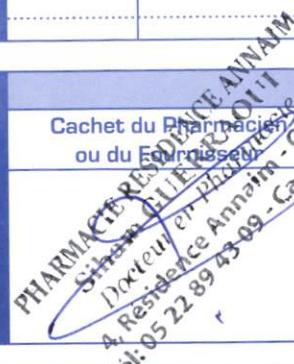
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à: Casablanca

Le: 01/08/2022

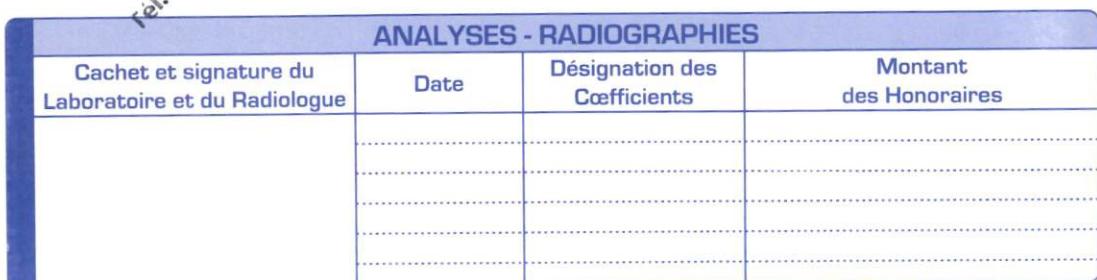
Signature de l'adhérent(e):

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RABTA Sidi Abdellah Doktor et Pharmacie Residence Annais - Oujda 522 89 43 09	11-11-2022	556,90 Dhs



#### AUXILIAIRES MEDICAUX

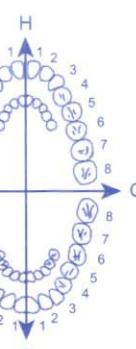
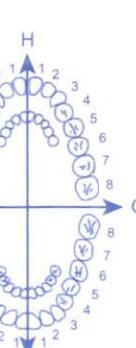
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM**  
RESIDENCE ANNAIM ME4 OULFA CASABLANCA

R.C : Patente:36030100  
T.V.A : C.N.S.S:6304638

Tél : 022 89 43 09

Le 11/08/2022

**FACTURE N°504901**

N° ICE : 000500237000075

N° IF :

**ANBI MOHAMMED**

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	AMEP 5MG 28CP	49,40	0,00	49,40	98,80		98,80		
1	ZYLORIC 200MG COMP	31,30	0,00	31,30	31,30		31,30		
1	LIPANTHYL 160 MG 30 CP	116,80	0,00	116,80	116,80		116,80		
1	CIVASTINE 10 MG/28COMP	70,00	0,00	70,00	70,00		70,00		
2	IRVEL 150MG BTE/28 CPS	120,00	0,00	120,00	240,00		240,00		

PPV: 70DH00  
PER: 05/23  
LOT: K1415

120,00

120,00

H. HAK  
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sihem GUERRAOUI  
Docteur en pharmacie  
4, Résidence Annaïm - Oulets  
tel: 0522 89 43 09 Casablanca

LOT 213258  
EXP 12 2025  
PPV 31.30

maphar  
Zi Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
PPV : 116,80 DH  
6 118001 181636

092050293

BRUT TTC	556,90	- Remise	0,00	= NET TTC	556,90
----------	--------	----------	------	-----------	--------

Nombre d'Articles : 5

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Cinquante Six Dirhams et 90 centimes.