

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-789346

NE187

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

FALLANI RAHMA

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : HAY ENNASIM R<sup>e</sup> les champs 100  
CP 100

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/02/2023

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2023	3309,40 dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

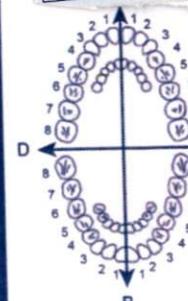
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

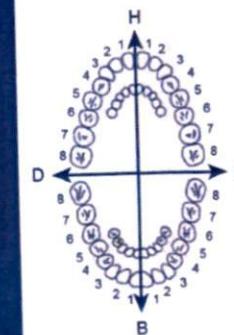
NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2  
6 118001 121298



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

LOT 218052  
EXP 11 2024  
PPV 107.60

LOT 213491  
EXP 01 2025  
PPV 107.60

LOT 222562  
EXP 08 2025  
PPV 107.60

LOT 222250  
EXP 06 2025  
PPV 107.60

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571.00 DHS

8-9670-73-270-2  
6 118001 121304

MONTANTS DES SOINS

Barcode  
6118001031030

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

DATE DU DEVIS

Barcode  
6118001031030

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

DATE DE L'EXÉCUTION

Barcode  
6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés

PPV : 205.00 DH

Barcode  
6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés

PPV : 205.00 DH

Casablanca le 28/02/2023

Facture N° 91

M : me FALLAHI  
RAHMA

PHARMACIE H2O  
326, Lot. Nassim, Quartier NASSIM  
MA-20190 CASABLANCA  
Tel/Fax: 05.22.89.05.00  
www.ph2o.ma

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
04	Stugid (C7)	127.60	430.40
01	Nuv Rapid Flexpe	571.00	571.00
02	Nuv mix Flexpen	559.00	1118.00
02	Galvus 5% ap	390.00	780.00
02	Cotareg 160/125 mg ap	205.00	410.00
T s			3309.40

Annexe la présente facture à la  
Somme de : Trois Mille trois cent  
Neuf dirhams et quarante centimes.

PHARMACIE H2O  
326, Lot. Nassim, Quartier NASSIM  
MA-20190 CASABLANCA  
Tel/Fax: 05.22.89.05.00  
www.ph2o.ma

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **FALLAHI RAHMA**  
 Matricule : **74 39** N° CIN : **C213025**  
 Adresse : **HAY ENNASIM R<sup>e</sup> des champs III apt C8 casse**  
 Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **DR SAID GOUILI** Spécialité : **Médecine Générale**  
 N° ICE : **091069666** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **FALLAHI RAHMA**  
 Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie  
 - **GALVUS** - **Novosulf**  
 - **Stacod** - **Novorajid**  
 - **Cofazex 160/25** - **Novorajid**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Diasette + HTA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **GALVUS** **Novosulf**  
**Stacod** **Novorajid**  
**Cofazex 160/25**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables

Fait à : le **21 Fév 2021**  
 Cachet et signature du médecin traitant : **دكتور سعيد الشروانى**  
**طب محامى، حميد الدين الشروانى**

العنوان: ملاعيم التهامي  
 (قرب مدخل مستشفى الدار البيضاء)  
 مارولا - الحسيمة - الدار البيضاء  
 الهاتف: 022 90 97 66 - 022 90 70 88

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées