

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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° M21- 1054565

AS6466

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06597

Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABDELKARIM

ABDELKARIM

Date de naissance : 10/09/61

Adresse : 04461 AV. Abd. S. et 18 MAI FATHI FAKIR, Tizi

3ème étage App. 47

Tél. : 06 59 5539 57 Total des frais engagés :

63,00

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 : 16/03/2023 Le : 16/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-054565

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 : 06597

Nom de l'adhérent(e) : ABDELKARIM

Total des frais engagés : 63,00

Date de dépôt :

# RELEVE 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
<i>Benjelloun</i> Boulevard TANGER 05399469	16/03/23 INP 162 003 636	63,00

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

<b>SOINS DENTAIRES</b> <input type="checkbox"/> Dents Traitées <input type="checkbox"/> Nature des Soins		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Montants des Soins</b> <input type="checkbox"/>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Debut d'Execution</b> <input type="checkbox"/>		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Fin d'Execution</b> <input type="checkbox"/>		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Coefficient des Travaux</b> <input type="checkbox"/>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Montants des Soins</b> <input type="checkbox"/>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Date de l'Execution</b> <input type="checkbox"/>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>	

EXP 04/2025  
 BT13EA2 04/2020  
 MFD 04/2020  
 118001090280  
 6 118000 080015  
 35,30  
 400 mg laque

Cardiospirine 100 mg/500 ps  
 Bézier SA  
 p.p.v. : 27,70 DH

# PHARMACIE AL ANDALOUS DE TANGER sarl.au

Dr BENJELLOUN TAOUIQ

+212539946910

118 BOULEVARD MOHAMED V, TANGER



Facture N° 20230316-810

Date de vente : 16/03/2023

Médecin traitant :

ABDELKrim ANDELATIF

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
BRUFEN CO 400MG B30 COMP	1	35,30	TVA (7.00%)	35,30
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	1	27,70	Exonéré (0.00%)	27,70

Total HT	60,69 DHS
TVA	2,31 DHS
<b>Total</b>	<b>63,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-trois DHS

PHARMACIE AL ANDALOUS  
Dr Benjelloun Taouiq  
118, BOULEVARD MOHAMED V  
TEL: 05 39 94 69 10  
TANGER