

## 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

- 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° 05-98 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Avenue 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° W21-809813

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06402

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKERZOUK DRIS

Date de naissance :

09-02-1969

Adresse :

55 RUE II LOT 12 WAHDAT DEROUA,

Tél. : 0673725139

Total des frais engagés : 0659 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Date de consultation :

HAMRANI KHADIDA Age : 50

Nom et prénom du malade :

HAMRANI KHADIDA

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 : DEROUA

Le : 10/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-809813

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 : 6102  
Nom de l'adhérent(e) : AKERZOUK  
Total des frais engagés : 659  
Date de dépôt : 10/10/2023

2024-09-19

LOT  
2122A0504

208

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
				INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FAIZ N° 50 Lot Kifissia 2 Deroua Tél: 0322315869 INPE: 062071030	2015183	659,00

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	

VOLET ADHERENT

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

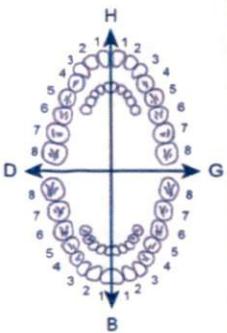
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

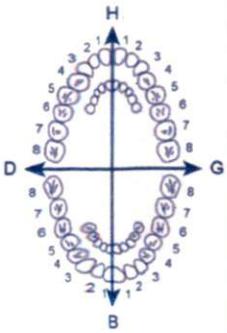
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IN



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION  
MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000	B 00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

LOT D455069AD.3  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.1  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.1  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT 230392  
EXP 03/2026  
PPV 28.00 DH

MONTANTS  
DES SO  
DATE DU  
DEVIS  
DATE DE  
LOT 230392  
EXP 03/2026  
PPV 28.00 DH

LOT D539366H.1  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.1  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.1  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH



DR ELFAIZ

## PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

R.C :21908

Patente:55800221

T.V.A :

Tél :05 22 51 58 69

Le 10/05/2023

## FACTURE N°202310

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI KHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	GLUCOPHAGE 1000 MG / 30 CPS	28,00	56,00		
1	BANDELE BIONIME / 50	130,00	130,00	21,67	20,00
2	BANDELE BIONIME / 25	70,00	140,00	23,33	20,00
3	INS HUMALOG MIX 50 / 1 STYLO	111,00	333,00		

PHARMACIE EL FAIZ  
N°50 Lot Khadija 2 Deroua  
Tél:0522515869  
INPE:062071030

TOTAL T.T.C :

659,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	270,00	Montant	45,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêtez la présente facture à la somme de :  
Six Cent Cinquante Neuf DIRHAMS.