

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Nº W21-726453

par [Signature]

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 768

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN M

Date de naissance : 1945

Adresse : 106 8<sup>e</sup> de l'ATLANTIDE POLO

Tél. : 06 61 17 47 98

Total des frais engagés : 1216,78 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age:

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 : CASA

Le : 24/07/2013

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº W21-726453

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 : 768

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 1216,78

Autorisation CNDP Nº : AA-AZ-15/2015

### 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 : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALL ALI DOCTEUR EN PHARMACIE 425, Bd. Panoramique Poitiers Tél: 05 22 32 9.99	21/7/23	1216,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

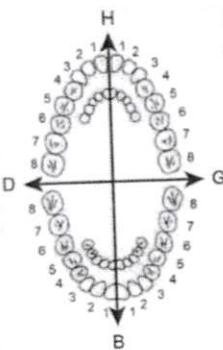
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

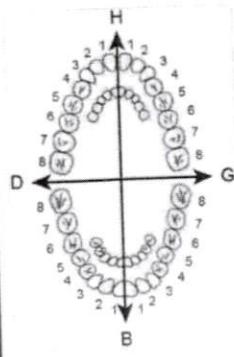
#### Important :

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	INP : <input type="text"/>



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALAMI ALI  
435 BD PANORAMIQUE CASA  
Tél : 0522521999

Patente N°: 34016011  
N° R.C. : 252326  
Compte : 011780000070200000269113  
CNSS : 2589078  
Id.Fiscale : 51002235  
ICE : 001639632000057

Le : 21/07/2023

BENCHEKROUN MOHAMMED

FACTURE : 15707 du : 21/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	ALTIAZEM 60MG BT/50CPS	89,00	178,00	0,00%
3	CARDIOASPIRINE CPS	27,70	83,10	0,00%
2	COSTAL 10MG BT/30CPS	57,80	115,60	0,00%
3	GLUCOPHAGE 850MG X 60 CPS	45,20	135,60	0,00%
3	MICARDIS 40MG BT/28	168,80	506,40	0,00%
2	OEDES 20MG GELULES BT/28	99,00	198,00	7,00%
Total TTC			<b>1216,70</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE DEUX CENT SEIZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 018,70	0,00	1 018,70
7.00%	7,00	185,05	12,95	198,00
		<b>1 203,75</b>	<b>12,95</b>	<b>1 216,70</b>

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

\* VIGNETTE

**ALTAZEM® 60 mg**  
50 comprimés C  
PPV 89DH

**COSTAL® 10 mg**

Atorvastatine (DCI)

comprimés pelliculés

LOT : 221719

EXP : 11/2025

PPV : 57,80DH

\* VIGNETTE

**ALTAZEM® 60 mg**

50 comprimés C

PPV 89DH

**MICARDIS 40mg**  
(Telmisartan)  
28 comprimés

PPV : 168 DH 80

BOTTU S.A.

LOT : 118001-040230

**MICARDIS 40mg**  
(Telmisartan)  
28 comprimés

PPV : 168 DH

BOTTU S.A.

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

**Glucophage® 850mg**  
60 Comprimés pelliculés

PPV : 57,80DH

LOT : 221779

EXP : 11/2025

PPV : 57,80DH

**DEDES 20mg**

28 gélules

PPV : 50,00DH

EXP : 04/2024

LOT : 211484

**ALTAZEM 60 mg**  
Diltiazem chlorhydrate

**التيازيم 60 مجم**  
Diltiazem hidrocloruro

118001 150014

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

O  
CPS  
6

6 118001 090280

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

45,20

45,20

LOT : 221193  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80DH

**Glucophage® 850mg**  
60 Comprimés pelliculés

45,20

LOT 211486  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH