

## 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° W21-730673

*176825*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **09358**

Société :

**RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**R CHID**

Date de naissance :

**05/03/73**

Adresse :

**OLLAFA CASA**

Tél. :

**0663 25 35 95**

Total des frais engagés :

**45,90**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**R CHID SARA**

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 :

**CASA**

Le : **26/08/23**

Signature de l'adhérent(e) :

*26/08/23*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-730673

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 : **SARA**

Nom de l'adhérent(e) : **LIBRE**

Total des frais engagés : **45,90**

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Déclaration de Maladie

N° W21-730673

*176825*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **09358**

Société :

**RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**R CHID**

Date de naissance :

**05/03/73**

Adresse :

**OLLAFA CASA**

Tél. :

**0663 25 35 95**

Total des frais engagés :

**45,90**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**R CHID SARA**

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 :

**CASA**

Le : **26/08/23**

Signature de l'adhérent(e) :

*26/08/23*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-730673

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 : **SARA**

Nom de l'adhérent(e) : **LIBRE**

Total des frais engagés : **45,90**

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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

**Montant de la Facture**

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

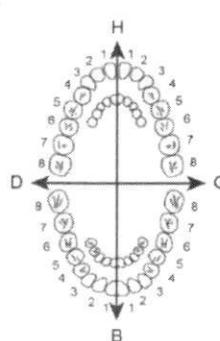
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
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



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 26/08/2023

FACTURE N°537824

N° ICE : 000500237000075

N° IF :

RCHID SARA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ZENTEL SIROP	45,90	45,90		

Pharmacie Residence Annaim  
Sidi Abdellah Oulfa  
Télé: 022.89.43.09 - Casablanca  
4, Residencia Annaim Oulfa  
Sidi Abdellah Oulfa  
GSK Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 45,90 DH  
6 118001 141357

TOTAL T.T.C :

45,90

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant:	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Cinq Dirhams et 90 centimes.