

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



178828

## Déclaration de Maladie : N° S19-0049446

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12345      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : ATTIL SOUBIALE      Date de naissance : 01.03.1982  
 Adresse : LOT ALKHAZAMA JMM 29 ARROT S. LIBRASSA CAS  
 Tél : 066114986      Total des frais engagés : # 43,00#      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, compléter 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      Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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

### RELEVÉ 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 |
|--|---------|-----------------------|
|  | 29/9/23 | 43,00                 |
|  |         |                       |
|  |         |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

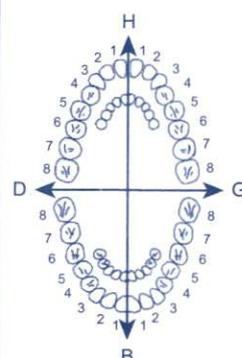
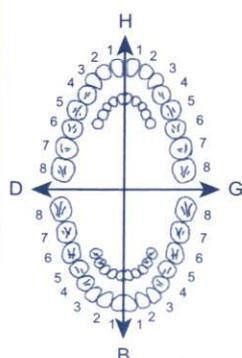
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

### RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|---|---|------------------|-------------|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|--|---|--|--|--|--|
|    |   |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <th>G</th> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table> |                  |             | H  |  | G |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  | G           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         | 00000000    | 00000000                                     |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | D   | 00000000         | 00000000    | G  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | B   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |  |  |   |  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie  
Faculté de Nancy  
FRANCE

R.C :552789

Patente:36211260

T.V.A :

C.N.S.S:6289468

Tél :0522650244

Le 29/09/2023

**FACTURE N°612964**

N° ICE : 003099085000009

**\*\* MR ATTIF SOUFIANE \*\***

N° IF : 52569163

ICE N° :

| Qté | Désignation         | PPV Unitaire | MONTANT TTC          | Dont TVA | % Taux       |
|-----|---------------------|--------------|----------------------|----------|--------------|
| 1   | ANGLOR 5MG / 28 CPS | 43,00        | 43,00                |          |              |
|     |                     |              | <b>TOTAL T.T.C :</b> |          | <b>43,00</b> |



**092030535**



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

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Trois Dirhams.**