

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 canaux, 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 canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### 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 à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-834807

199701

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06698 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FACHTAZI DRISS

Date de naissance : 04/03/1966

Adresse : Rés. Nufa new city apt 62 Casablanca

Tél. : 066131633 Total des frais engagés : 1104 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : Casablanca

Le : 12/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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

12/02/24

1104,00

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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

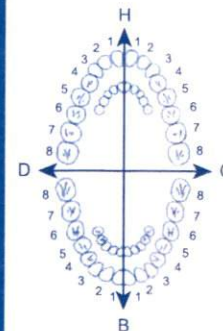
Montant des  
Honoraires

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

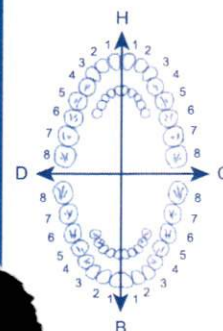
Montant des  
Honoraires

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE HAY EL MATAR

1, Bd oum rabii

R.C : 294826

Patente: 36027630

T.V.A :

Tél : 0522932026

Le 12/02/2024

FACTURE N°11087

N° ICE : 000500191000056

N° IF : 51505764

FACHTALI DRISS

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
12	COVERSYL 5MG / 30 CPS	92,00	1 104,00		
TOTAL T.T.C :					
				1 104,00	

PHARMACIE HAY EL MATAR  
EL MABROUK Hakim  
Oum Rabii Ouila - Casablanca  
Tél : 05 22 93 20 26

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

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Mille Cent Quatre DIRHAMS.



AM JE YAH JE  
DIAH DLOHEAM JE  
DIAH DLOHEAM JE  
DIAH DLOHEAM JE  
DIAH DLOHEAM JE



# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00





# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00



# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00





# COVERSYL<sup>®</sup>

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



92,00