

## 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 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 une fois par an.

### 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

W21-850127

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 2630 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : HUAL MOHAMMED

Date de naissance : 01/07/58

Adresse : 2 KA OU RA Rue 05 N° 13  
AIN CHOCK Casa

Tél. 06 37 87 2818 Total des frais engagés : 437 DH 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

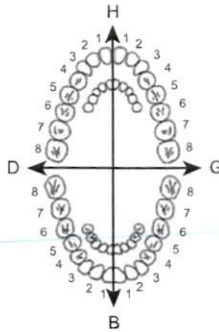
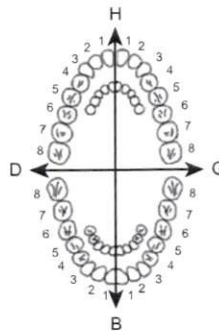
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																			
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																																			
					MONTANTS DES SOINS																																			
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																																			
					DEBUT D'EXECUTION																																			
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																																			
					FIN D'EXECUTION																																			
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU Cœfficient MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin: auto; width: 80%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						H					25533412		21433552			00000000		00000000	D				G			00000000		00000000			35533411		11433553			B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																																						
		25533412		21433552																																				
		00000000		00000000																																				
D				G																																				
		00000000		00000000																																				
		35533411		11433553																																				
		B																																						
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Montant des Honoraires</b>																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					DATE DU DEVIS  <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					DATE DE L'EXECUTION  <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE CITE ADDAMANE

CASA

DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C :293628

Patente:34024156

T.V.A :

C.N.S.S:291504

Banque:BMCE 011794000027210000019514

Tél :022213499

Le 16/04/2024

FACTURE N°960652

N° ICE : 001669845000076

HILALO FATIMA

N° IF : 51010740

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux	
3	AMAREL 2MG 30CO	60,40	0,00	60,40	181,20		181,20			
6	GLUCOPHAG 1000 MG/30	28,00	0,00	28,00	168,00		168,00			
3	APADEX LP 1.5 MG /30CP	29,30	0,00	29,30	87,90		87,90	5,75	7,00	
<div><div><div>LOT 230001 EXP 01/2026 PPV 28.00DH</div><div>LOT 240232 EXP 02/2027 PPV 28.00DH</div><div>LOT 240232 EXP 02/2027 PPV 28.00DH</div><div>LOT 230391 EXP 03/2026 PPV 28.00DH</div><div>LOT 240235 EXP 02/2027 PPV 28.00DH</div></div><div><div>29,30</div><div>29,30</div><div>29,20</div><div><div>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain sebaâ Casablanca Amarel 4 mg, cp b 30 P.P.V : 68,80 DH 6 118001 081325</div><div><div>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain sebaâ Casablanca Amarel 4 mg, cp b 30 P.P.V : 68,80 DH 6 118001 081325</div></div></div><div>LOT 240234 EXP 02/2027 PPV 28.00DH</div></div></div>										
DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC		0,00	- Remise		0,00	= NET TTC		437,10

Nombre d'Articles : 3

TVA 7% Base :

82,14

Montant :

5,75

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Trente Sept Dirhams et 10 centimes.