

# 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 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 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

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° P19- 0005182

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3000 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FADIL RACHIDA Date de naissance : 15/10/1956  
Adresse : 75 Rue SMAR SLAoui ORAN  
Tél. : 0661063696 Total des frais engagés : 440,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : .....

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 : ORAN

Le : 1/10/19


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 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 11/10/2019 | 440,90                |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

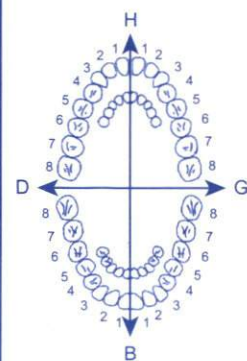
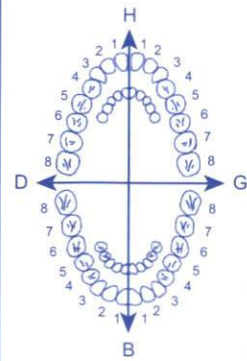
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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'

| 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                                                             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                       |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |
|                                                                                       | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE MERCURE

## TAZI

Docteur en Pharmacie  
Diplômé de l'Institut de Gestion  
et d'Administration  
des Entreprises de Lyon  
Diplômé de l'Institut  
de Pharmacie Industrielle de Lyon

PATENTE 34203430

R. C. CASA 129574

C. N. S. S. 1513648

Le 11/01/2019

2, Rue El Woroud - Tél.: 05 22 27 46 26  
CASABLANCA

### FACTURE

Mme ADIL RACHIDA

Doit

|                                                                                                                     |               |                                                                                                                     |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3                                                                                                                   | Corvasal 2 mg | 4670                                                                                                                | 1400 |
| 2                                                                                                                   | Vastarel 35   | 1540                                                                                                                | 3008 |
|                                                                                                                     |               | 22                                                                                                                  |      |
| Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat -R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V: 46,70 DH |               | Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat -R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V: 46,70 DH |      |
| 6 118001 080335                                                                                                     |               | 6 118001 080335                                                                                                     |      |
| Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat -R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V: 46,70 DH |               | Sanofi-aventis Maroc<br>Route de Rabat -R.P.1,<br>Ain sebaâ Casablanca<br>Corvasal 2 mg, cp b 30<br>P.P.V: 46,70 DH |      |
| 6 118001 080335                                                                                                     |               | 6 118001 080335                                                                                                     |      |
| 440,90                                                                                                              |               |                                                                                                                     |      |

Je régle la présente facture  
la somme de quatre  
cent quatre-vingt  
deux dirhams.

150,40

(50 X 28 X 114) mm

150,40

(50 X 28 X 114) mm

Pharmacie MERCURE  
Docteur  
Pharmacie  
2, Rue El Woroud Casa Tél: 05 22 27 46 26


☒ **valable 3 mois**

3000

Le 19/09/2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que ~~Mlle~~, Mme, M. **FADIL Rachida**

Présente **un Bloc Auriculaire Ventriculaire complet**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **longue durée**  
**Rythme moyen 40/min**  
**Warfarin 2mg 1cpx 2x**  
**Vascorel 350mg 1cpx 2x**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Clinique CALIFORNIE**  
**Professeur BELHAJ Miloud**  
**Maladies Cardio-vasculaires**  
**et Diabète**  
**Adultes - Enfants Nourrissons**  
**545, Bd. Panoramique Californie**  
**Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80**  
**Fax: 0522 50 76 98**