

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

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° P19-0045512

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9696 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Samir Laidi

Date de naissance : 02/08/1963

Adresse : Lot 011 138, Denora, Benachid

Tél. : 0671762366 Total des frais engagés : 2511,00 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, 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) :





# 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 |
|---|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE BEN MESTR</b><br>MAROUANE MOUK<br>Docteur En Pharmacie<br>Lot. Khedra Bd. Gharbia 37000<br>Tsm. 05 55 55 58<br><b>INPE</b><br><b>062084025</b> | 15/10/19 | 2614,00               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

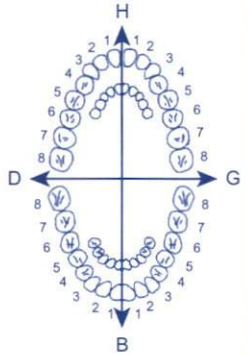
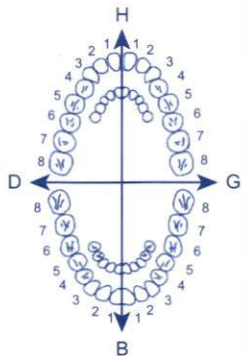
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Pharmacie ben msik

N° de facture : 170

Client : Laidi Samaoui

Date : 15/10/2019

| Médicament  | Nombre | P.U    | Total   |
|-------------|--------|--------|---------|
| Slalevo 150 | 6      | 419.00 | 2514.00 |
| Total       |        |        | 2514.00 |

Patente : 55805700

Adresse : Lot khadija Deroua

PHARMACIE BEN M'SIK  
MAROUANE M'SIK  
Docteur En Pharmacie  
Lot. Khadija Bt. Oum Rabia Deroua  
Gsm : 05 22 53 20 50

INPE  
062084025

**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pellic  
PPV : 419,00 DH



**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pellic  
PPV : 419,00 DH



**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

ة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suis.  
نوفارتيس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

ة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suis.  
نوفارتيس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب

**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pellic  
PPV : 419,00 DH



**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pellic  
PPV : 419,00 DH



**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

ة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suis.  
نوفارتيس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

ة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suis.  
نوفارتيس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب