

**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 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



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 045420

MLD en V/possession

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM 119784

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah

Date de naissance : 01/01/47

Adresse : 52 Bd Abdelhadi Boutaleb - Résidence Salsabila - CASABLANCA -

Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 4062,80 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 : CASABLANCA Le : 21/06/22

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
	15/06/08	4062,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

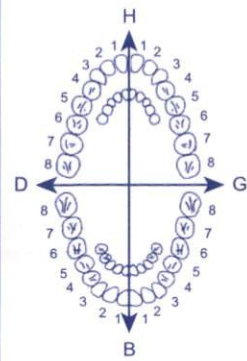
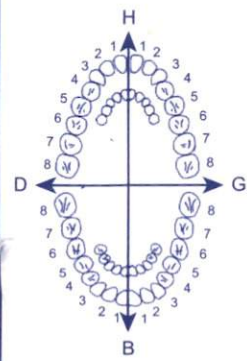
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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														
				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> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	B																
	00000000	00000000															
35533411	11433553																
			<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 du C.I.L.

BENBRAHIM Touria

Boulevard Ibn Sina

Handi - Casablanca

Tél. : 05 22 94 06 43 / 05 22 94 06 43

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

Patente : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

صيدلية سيال

بنبراهيم ثورية

100 شارع ابن سينا

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 06 43 / 05 22 36 18 68

الضريبة العامة على الدخل : 40909030

البيانات : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج : 2107036

FACTURE

N° 005501

Casablanca, le

15/06/2012

Mr

Nikon Abdesshah

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
02	Tegretol CR 200	77,40	154,80
02	Trajecta 5 mg	374,00	748,00
01	Détensiel 10	72,00	72,00
02	Upério 200	810,00	1620,00
02	Xarelto 20/28	629,00	1258,00
01	On Call extra/50	210,00	210,00

Total = 4062,80

118001 030330  
TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé pelliculé sécable  
PPV : 77,40 DH

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 10 788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

Amenez la présente facture à l'adresse de Quatre Mille. Soixante deux dirhams et quatre vingt six centimes.

6 118001 030330  
TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé pelliculé sécable  
PPV : 77,40 DH

6 118001 040773  
TRAJENTA® 5 mg  
(Linagliptine)  
28 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00  
10010704/01

6 118001 040773  
TRAJENTA® 5 mg  
(Linagliptine)  
28 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00  
10010704/01

صيدلية سيال  
Pharmacie C.I.L.  
BENBRAHIM Touria  
100 Boulevard Ibn Sina  
Tél: 05 22 36 18 68 - Casa

On Call®  
Extra  
Blood Glucose Test Strips

DH 210,00

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090808