

## 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° W19-431644

NSR  
LE 03/09/2010

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHIADI AGAA

Autre :

Date de naissance : 04/01/57

Adresse : 11 Abiroune

Tél. : 066 10 95 6 13

Total des frais engagés : 45,01 Dhs

### Optique

### Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 03 SEP 2010 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 : 03/09/19

Signature de l'adhérent(e)

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431644

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509

Nom de l'adhérent(e) : CHIADI AGAA

Total des frais engagés : 45,10

Date de dépôt :

## **RELEVE 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.03.19	145,10€

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

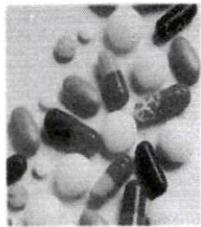
#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DÉBUT D'EXÉCUTION [ ]												
				FIN D'EXÉCUTION [ ]												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>26533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			26533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
26533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXÉCUTION [ ]												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE IZDIHAR

154 LOT AL IZDIHAR SIDI EL ABED HARHOURA

R.C : 89686

Patente: 28027133

T.V.A :

C.N.S.S: 9506562

Tél : 05-37-62-67-39

Le 12/07/2019

## FACTURE N°26

N° ICE : 001824000000064

N° IF : 56417165

MM CHIADMI AFIFA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ASPEGIC SACHETS 1000 MG PM	30,80	30,80	2,01	7,00
1	RHINOFEBRAL	14,30	14,30	0,94	7,00

LOT : 1017MA100  
PER : 10/10/2019  
ASPEGIC 1G  
SACHETS 8/10  
P.P.V : 30DH80  
6 118000061083

756.836.12.47

LOT : 190266  
UT AV : 02/2022  
PPV : 14,30DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :  
TOTAL T.T.C : 45,10

PHARMACIE IZDIHAR  
SIDI EL ABED HARHOURA  
Marrakech  
Téléphone : 05-37-62-67-39  
Fax : 05-37-62-67-39  
E-mail : izdihar.sidi@msn.com

TOTAL T.T.C :

45,10

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	2,95	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Cinq Dirhams et 10 centimes.