

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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 d'El Jadida - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-789344

202488

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 74438

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FALLAH

RAHMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0693 22 49 82

Total des frais engagés :

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 :

Signature de l'adhérent(e)

Le : 15/10/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
MA-20190 CASABLANCA	2024-06-24	3138,62 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

LOT 240630  
EXP 01 2027  
PPV 107.60

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

36.20

1971

EXP

P P V

1 2 3 4 5 6 7

A diagram of a dental arch showing upper teeth. The teeth are numbered 1 through 5. Number 1 is at the center, 2 is on either side of 1, 3 is on either side of 2, and 4 and 5 are at the ends of the arch.

B

1

CACHET DU PRATICIEN

TESTANT  
8-9674-73-270-2  
NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylus pré-remplis de 3ml  
PPV, 559 DH

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylus pré-replis de 3ml  
PPV: 559 DH

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH



8-9674-75-270-2

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS

6 118001 030132  
COTAREC 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

Barcode: 6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

Barcode

6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 205.00 DH

M<sup>me</sup> FALLAH  
RAHMA

PHARMACIE H<sub>2</sub>O

326, Lot. Nassim Quartier NASSIM  
MA-20190 CASABLANCA  
Tél/Fax: 05.22.89.05.00  
www.ph2o.ma

Casablanca Le 15/04/24

Facture N° 82

Quantité	Désignation	Prix	Montant
04	NOVORapid flex pen 30	559.00	2236.00
03	Cotane 8 160/1.25ml	205.00	615.00
02	Stasid (PT)	107.60	215.20
02	Stasid (COT)	36.20	72.40
		T : 3138.60	

Annexe la présente facture à la somme de  
Trois-mille-cent-trente-huit dinars  
et soixante centimes.

PHARMACIE H<sub>2</sub>O

326, Lot. Nassim Quartier NASSIM  
MA-20190 CASABLANCA  
Tél/Fax: 05.22.89.05.00  
www.ph2o.ma