

## 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° W19-515522

W19-28555

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4160

Matricule : 4160 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : AZIM SAMIA

Nom & Prénom : AZIM SAMIA

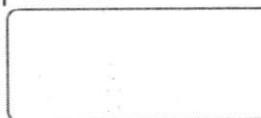
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061102747 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ 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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-515522

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



PPV:14DH00  
PER:01/23  
LOT:J285



PPV:20DH00  
PER:01/23  
LOT:J107

ASKARDIL® 160 mg 30 comp  
dispersibles

PPV 23DH00  
EXP 01/2022  
LOT 90012 3

Page:1

## PHARMACIE EL HILAL

77, Rue François Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNS9:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

### F A C T U R E

Client..... ZAIM SAADIA  
ICE.....  
Date..... 31/05/2020  
FACTURE..... N°: 14

! QUANTITE !	DESIGNATION	! PPV !	MONTANT	! TVA !
1	DOLIGRIPPE SACHET	20.00	20.00	7
1	DOLIPRANE 1G SIMPLE	14.00	14.00	7
1	ASKARDIL 160MG	23.80	23.80	0
DONT TVA: 7 %: 2.22		TOTAL :	57.80	
DONT TVA: 20 %: 0.00		TOTAL NET:	57.80	
TOTAL TVA : 2.22				

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

CIQUANTE SEPT Dirhams 80 Centimes

 PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laâlaj  
Cité Plateau - Casablanca  
Tel: 0522 22 25 96 06 - ICE: 001513239000014

PPV:20DH00  
PER:12/22  
LOT:12843

PPV:14DH00  
PER:01/23  
LOT:J285

LOT : 1212  
UT. AV : 01-21  
P.P.V : 58 DH 30

comprimés orodispersibles  
voie orale

Page: 1

## PHARMACIE EL HILAL

77, Rue François Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:144B1405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

## F A C T U R E

Client.....:AZIM SAADIA  
ICE.....  
Date.....:14/05/2020  
FACTURE.....N°: 145

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
1	DOLIPRANE 1G SIMPLE	14.00	14.00	7
1	DOLIGRIPPE SACHET	20.00	20.00	7
1	MEGASFON 160 20CP	58.30	58.30	7
DONT TVA: 7 %: 6.04		TOTAL :	92.30	
DONT TVA: 20 %: 0.00		TOTAL NET:	92.30	
TOTAL TVA : 6.04				

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
QUATRE-VINGT- DOUZE Dirhams 30 Centimes

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laâlaj  
Cité Plateaux - Casablanca  
ICE: 001513239000014 INPE: 92024256