

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

Nº P19-0030175

ND 8785

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR DINA

Date de naissance : 2 mars 1957

Adresse : 64, Rue Ibn Zayd Al Harranain

7aasif 1<sup>e</sup> étage CASA

Tél. : 0662 3730 31 Total des frais engagés : 264,60 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/05/2020 L ACC

Nom et prénom du malade : DINA BENAMAR Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Transient astérielle

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 : 14/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-030175

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 : 2091

Nom de l'adhérent(e) : BENAMAR

Total des frais engagés : 264,60 DH

Date de dépôt : 15/05/2020

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
Date : 20/07/2020  
Montant de la Facture : 266,00

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

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	B 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE UNIVERS SANTE**  
**JAMALI HICHAM**  
**116. RUE JILALI EL OUFIR.MAARIF**

Tél : 0522980906

Patente N°: 35804412  
N° R.C. : 372532  
Compte :  
CNSS : 7486120  
Id.Fiscale : 40806570  
ICE : 000832888000019

Le : 14/05/2020

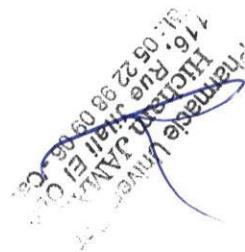
DINA BEN AMAR

**FACTURE : 86795 du : 14/05/2020**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AMLOR 5MG/ 56 CPS	136,60	136,60	7,00%
1	AVLOCARDYL 40MG	41,80	41,80	7,00%
1	CORPRIL 5MG/ 30 GELULES	55,50	55,50	0,00%
1	KARDEGIC 75MG	30,70	30,70	7,00%
Total TTC		<b>264.60</b>		
Droits de timbre			0.66	
Net à payer			<b>265.26</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX CENT SOIXANTE CINQ DIRHAMS ET VINGT SIX CTS**

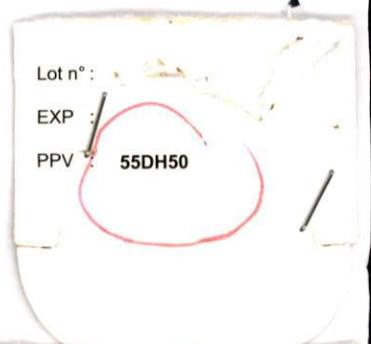
	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	55,50	0,00	55,50
7.00%	7,00	195,42	13,68	209,10
		<b>250,92</b>	<b>13,68</b>	<b>264,60</b>





KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
LOT : 19E003  
Période : 04 2021  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

A white rectangular label with a barcode at the bottom. Above the barcode, there is printed text: "KARDEGIC 75MG", "SACHETS B30", "LOT : 19E003", "Période : 04 2021", "P.P.V : 30DH70", and "6 118000 061847".



UT.AV : 0 8 2 0 2 0 P.P.V.  
LOT N° : 1279163 1 3 6 6 0  
136,60  
09366130/3