

## 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° W19-524172

ND: 34136

M.C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 552

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SOUHAIL ABDELMAJID

Date de naissance : 01/06/63

Adresse : 108 Bt. Ben Haddou

Tél. : 06 62 18 35 90

Total des frais engagés : 218,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : SOUHAIL ABDELMAJID

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

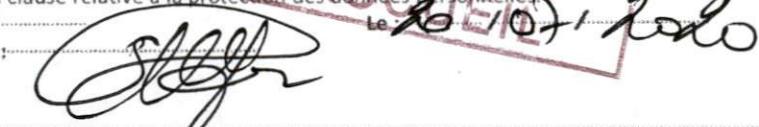
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



21/07/2020

ACODE

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL HILAL LAABOUDI Selwa 77 Rue Al Bachir Laalaj Cite Plateaux - Casablanca 20 Juillet 2013</i>	<i>20/07/2013</i>	<i>218,40</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

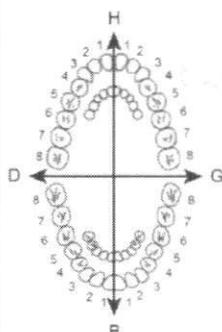
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

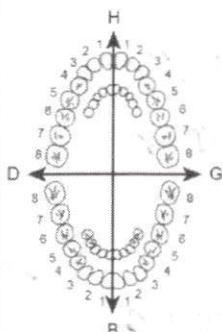
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS  
DES SOINS [REDACTED]

DEBUT  
D'EXECUTION [REDACTED]

FIN  
D'EXECUTION [REDACTED]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS  
DES SOINS [REDACTED]

DATE DU  
DEVIS [REDACTED]

DATE DE  
L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## PHARMACIE EL HILAL

77. Rue François Fonsard 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

## FACTURE

125,60

Client.....: SOUHAIL ABDELMAJID

ICE.....:

Date.....: 20/07/2020

FACTURE.....N°: 14

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
1	BIPRETERAX 5MG-1.25	125.60	125.60	0
1	ANGLOR 5MG 28CMP	43.00	43.00	0
1	DOLIPRANE 500 EFF	15.80	15.80	7
1	HUMEX PASTILLE ORANGE	34.00	34.00	7
DONT TVA: 7 %: 3.26		TOTAL :	218.40	
DONT TVA: 20 %: 0.00				
TOTAL TVA : 3.26		TOTAL NET:	218.40	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

DEUX CENT DIX-HUIT Dirhams 40 Centimes



EL HILAL  
Selwa  
Laâlaj  
Casablanca  
001513239000014

