

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1119 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Saidi Ned

Nom & Prénom : Saidi Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

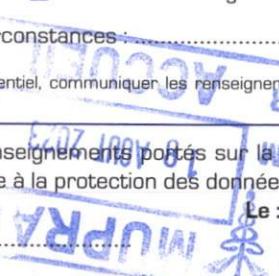
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
			-
			*

AUXILIAIRES MEDICAUX

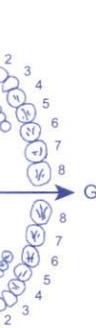
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				
O.D.F.	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

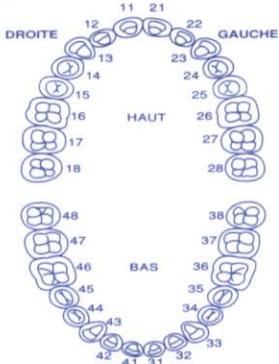
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

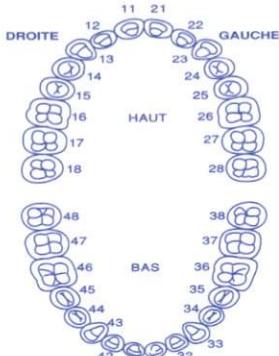
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	GAUCHE	H
DROITE	12	GAUCHE	22
	13		23
	14		24
	15		25
	16		26
	17		27
	18		28
	48		38
	47		37
	46		36
	45		35
	44		34
	43		33
	42		32
	41		31
	40		30

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

P 14 / 0019271



Mme

Date de Dépot

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet
MUPRAS



P 14 /

19271

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1119

Nom & Prénom SAIDI Nourredine

Fonction Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature et
cachet du
médecin

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 17/08/23

Montant de la facture

1255.40

PHARMACIE
Signature et
cachet du
pharmacien
Date 17/08/23
Montant de la facture 1255.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 23812

du 17/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	STAGID 695MG / 100	107,60	215,20	0%
3	COTAREG 160MG/12.5 B28 CPRS	203,00	609,00	0%
3	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	176,10	0%
2	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	55,40	0%
1	CONTIFLO 0.4MG/30 CPS	109,70	109,70	7%
1	BIONIME BANDLETTE/25	90,00	90,00	20%
		Total TTC	1 255,40	
		Droits de Timbre	0,00	
		Net à Payer	1 255,40	

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DEUX CENT CINQUANTE CINQ DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 055,70	0,00	1 055,70
7.00%	7,00	102,52	7,18	109,70
20.00%	20,00	75,00	15,00	90,00
		1 233,22	22,18	1 255,40

PHARMACIE DU CROISSANT
Dr BOUCHENTOUF NADIRA
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
I.C.E. : 00 159 79 48 00 00 34
I.F. :

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
PER.30JU 2025
LOT : 22E003
9 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
LOT : 22E003
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
LOT : 22E003
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

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

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

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

CONTIFLO® OD 0.4mg
Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Via orale
6 118001 300556

Cardicaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardicaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

BIONINE
Blood Glucose Test Strip

2025-01-11
212621303

90,00

LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60

LOT 223262
EXP 10 2025
PPV 107.60