

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0019348

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAIDI MOHAMED  
Date de naissance : 15-11-95 A 92382  
Adresse :  
Tél : 0661214299 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 : SAIDI MOHAMED

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



### RELEVÉ 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

22/01/24

1087.00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

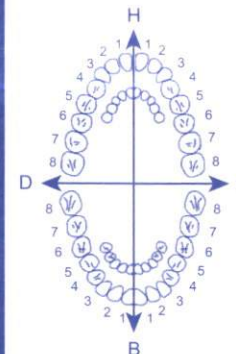
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000
B		D	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SAIDI MOHAMMED

FACTURE N° : 2709

du 22/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	176,10	0%
2	COTAREG 160/25MG BT 28	205,00	410,00	0%
1	CONTIFLO 0.4MG/30 CPS	109,70	109,70	7%
2	STAGID 695MG / 100	107,60	215,20	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%

Total TTC	1 087,00
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	1 087,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
MILLE QUATRE-VINGT SEPT DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	977,30	0,00	977,30
7.00%	7,00	102,52	7,18	109,70
		1 079,82	7,18	1 087,00

PHARMACIE DU CROISSANT  
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca  
Tél : 05 22 22 02 61  
I.C.E : 001597948000034



EXP: 02 20 P.P.V.  
LOT N°: HA 455  
79.00  
P10023946

6 118001 040148  
NATISPRAY 0,30mg  
Solution (18ml)  
BOTTU S.A. PPV - 69DH30

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<sup>®</sup> OD  
30 gélules à libération prolongée  
Voie orale  
PPV: 109DH70  
0.4 mg  
Barcode

LOT: 23E001  
PER: 02 2026  
TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28  
P.P.V.: 58DH70  
6 118000 011590

=> x3 Gél

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

LOT 230820  
EXP 02 2026  
PPV 107.60  
Stagid<sup>®</sup> 700 mg  
100 comprimés sécables  
6 118000 021292  
x2 Gél