

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 canaux, 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 canaux.

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
M23-0019347

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : R.O.N.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : S. Aidi Nohama
Date de naissance : 15-11-1945
Adresse : 9, Rue de la Croix - Casa
Tél. : 0661214799 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : / / 26-11-2024
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) : 

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

21/11/23

20820

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

AM

PC

IM

IV

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 :

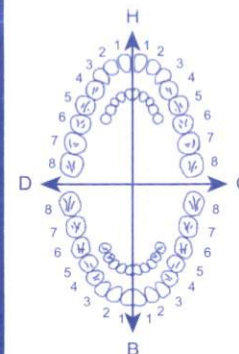
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

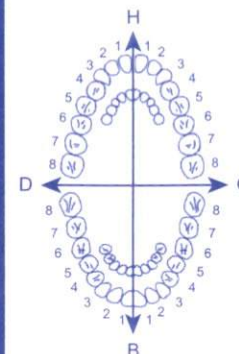
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(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

PHARMACIE DU CROISSANT
DR BOUCHENTOUF NADIRA
3, BD SOUR JDID, CASABLANCA

Tél : 0522220261

22/01/2024

SAIDI MOHAMMED

FACTURE N° : 2701

du 21/01/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BRILIQUE 90MG/60CP	918,00	918,00	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
2	STAGID 695MG / 100	107,60	215,20	0%
1	CONTIFLO 0.4MG/30 CPS	109,70	109,70	7%
2	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	117,40	0%
3	COTAREG 160/25MG BT 28	205,00	615,00	0%

Total TTC	2 082,00
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	2 082,00

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

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 972,30	0,00	1 972,30
7.00%	7,00	102,52	7,18	109,70
		2 074,82	7,18	2 082,00

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

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE :
R.C : 137490

I.F :

Maphar
Bd Aikimia N° 6, Qt.
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRILIQUE 90 MG CP PELL
B60
PPV : 918,00 DH
6 118001 184583

LOT 230820
EXP 02 2026
P.V 107.60

x 2 Ged

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205,00 DH

x 3 Ged

LOT : 236001
PER : 02 2026
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

x 2 Ged

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

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

UT. AV. : 06 25 P.P.V
LOT N° : 79 00
6 J 8 5 9 9

09366082/4

CONTIFLO

PPV: 100DH70

30 gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg