

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.

M23-0019347

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------|
| Matricule : | 1119 | Société : | R.D.N. |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | S.AIDI DOUHOUAD | |
| Date de naissance : | | 15-11-1945 | |
| Adresse : | | 9, Rue de la CRITÉ - CASA | |
| Tél. : | 0661214799 | Total des frais engagés : | Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | / | / | 26 Jan. 2024 |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 |
|--|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACEUTIQUE DU CROISSANT 3, Bd. Soubiran Tél: 05 24 22 02 61 Casablanca 22</i> | 21/10/23 | 2082.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

[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 JIDID, 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 |

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

I.F :

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
ERILIQUE 90 MG CP PELL
B20
PPV : 918,00 DH
6 118001 184583

LOT 230820
EXP 02 2026
PPV 107.60

x2 Ged

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

x3 Ged

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
PER. 02 2026
P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

x2 Ged

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

09366082/4

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280
30 قرص لا يتأثر بمحضنة المعدة

CONTIFLO D



30 gél./
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

