

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule:

Actif

Pensionné(e)

Société:

Autre

Nom & Prénom:

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:

Lien de parenté:

Saïdi no hand - Age:

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):

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-019362**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule: **M23**

Nom de l'adhérent(e): **Saïdi**

Total des frais engagés:

Date de dépôt:

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Cachet du Pharmacien et du Fournisseur</i> PHARMACIE MEDINA CASA 3, Rue Soufia Tel : 00212 22 22 02 61 ICE : 001187442000202	11/04/14	3657,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

SPCO

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

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(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

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 11675 du 11/04/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	LDNOR 20MG/28	99,00	99,00	0%
2	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	117,40	0%
1	COTAREG 160/25MG BT 28	205,00	205,00	0%
1	CONTIFLO 0.4MG/20 CPS	109,70	109,70	7%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
2	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	55,40	0%
1	STAGID 695MG / 100	107,60	107,60	0%
3	BRILIQUE 90MG/60CP	918,00	2 754,00	0%
2	BIONIME BANDLETTE/25	70,00	140,00	20%

Total TTC	3 657,40
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	3 657,40

PHARMACIE MEDINA CASA
3, Rue Sour Jidid - Casablanca
Tél : 0522 22 02 61
I.C.E : 001597948000034

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS MILLE SIX CENT CINQUANTE SEPT DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	3 407,70	0,00	3 407,70
7.00%	7,00	102,52	7,18	109,70
20.00%	20,00	116,67	23,33	140,00
		3 626,89	30,51	3 657,40

PPV : 99,000H
EXP : 06/2026
LOT : 230877

6 118001 184583	6 118001 184583	6 118000 0111590	6 118000 0111590
CP PEL SEC 2828	CP PEL SEC 2828	P.P.U. 58DH70	P.P.U. 58DH70
O	O	1:22E03	1:22E03
ER.08.2025	ER.08.2025	0	0
Maßnahmen-Nr. 6, QL	Stil: Amérisches	aussehendes	aussehendes
GB80	GB80	918.00 DHL	918.00 DHL
Maßnahmen-Nr. 6, QL	Stil: Amérisches	aussehendes	aussehendes
GB80	GB80	918.00 DHL	918.00 DHL

A white rectangular label with a barcode at the top. Below the barcode, the text '0.4 mg' is printed in blue. To the left of the barcode, there is a yellow section containing the text '30 Gummipäckchen' and 'eine Gummipackung'. To the right of the barcode, there is a green diamond shape containing the text 'PPG: 1090H70'.

PPV: 205.00 DH
28 comprimés pelliculés
COTARGE 1025 mg
6 1118001 030132

LCF EXP P P V 230820 02 202 107.60