

# 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

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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)

*NB = 20745*

**Déclaration de Maladie : N° P19-0019529**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAIDI Doha Date de naissance : 15-11-41

Adresse :

Tél. : 06612116289 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : SAIDI Doha Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/2020	531,90.

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

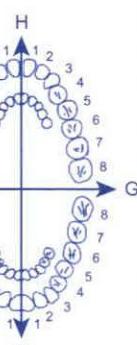
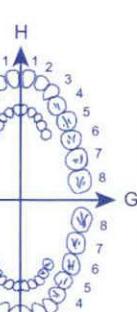
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### BELEVE 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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

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

Tél : 0522220261

Patente N°: 35204671  
N° R.C. : 137490  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale :  
ICE : 001597948000034

Le : 03/01/2020

MR SAIDI MOHAMMED

FACTURE : 59852 du : 03/01/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BIONIME BANDLETTE/25	100.00	100.00	20.00%
1	KARDEGIC 75MG BT/30 STS	30.70	30.70	0.00%
1	STAGID 695MG 100CPS	107.60	107.60	0.00%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79.00	79.00	0.00%
1	TAREG 80MG 28CPS	131.50	131.50	0.00%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	83.10	83.10	0.00%
Total TTC			531.90	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT TRENTÉ ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0.00	431.90	0.00	431.90
20.00%	20.00	83.33	16.67	100.00
		515.23	16.67	531.90

PHARMACIE DU CROISSANT  
3, Bd. Sour Jdid, Casablanca  
Tél : 0522220261  
ICE : 001597948000034

**STAGID® 700 mg**

metformine, embonate

100 COMPRIMÉS SECABLES

Respecter les doses prescrites  
Abstention de la conduite de véhicules

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



100 comprimés

STAGID® 700 mg



28 COMPRIMÉS

PELICULES SECABLES

TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 118000 0111590 28

100

83,70

KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT 190096  
EXP 01-2022  
PPV 107.6

107,60

**Titulaire de l'AMM :** sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
Casablanca - Maroc.

**Fabricant :** sanofi-aventis Maroc

Route 1111, quartier industriel Zenata -



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip



2020-12-08

LOT

211911001



**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)

