

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : R.A.M. (961)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S.A.I.D. Nohra

Date de naissance : 15-11-41

Adresse :

Tél. : 0661214799 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 : .....

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
HARMACIE DU CROISSANT Bd. Sour Jdid - Casablanca Tél : 05 22 22 02 61 00 159 79480	07/07/2021	419.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

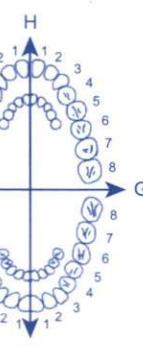
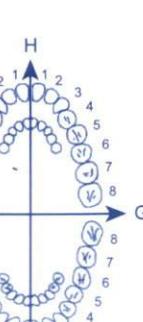
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		Coefficient des travaux												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

07/07/2021

Tél : 0522220261

Mr MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 22948 du 07/07/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	STAGID 695MG 100CPS	107,60	107,60	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	83,10	83,10	0%
1	TAREG 80MG 28CPS	131,50	131,50	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%

Total TTC 419,20  
Droits de Timbre 0,00  
Net à Payer 419,20

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
QUATRE CENT DIX NEUF DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	419,20	0,00	419,20
		419,20	0,00	419,20

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

CNSS :  
Compte :

I.C.E : 001597948000034  
Patente : 35204671

INPE:  
R.C : 137490

I.F :

**TAREG® 80 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants**

احذر موا المقابر الموصوفة

لائحة 1. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



EXP

07 2023

LOT

BUL75

1752



6



PELICULES SECABLES

28 COMPRISES

TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

28

Liste 1

100 mg

100 mg



كاريوكاسيبرين 100 مجم

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
- Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280



حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

BT12001 08 2019

08 2024

EXP

MFD

118000 021292



Pharmaceutische AGO



100 comprimés

STAGID® 700 mg

**STAGID® 700 mg**  
metformine embonate  
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites  
الالتزام بـ جرعة الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
النائمة - بصرف فقط بناء على وصفة طبية



LOT 192007  
EXP 09 2022  
PRV 107.60

107,60