

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com  
Personne 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 personnelles.

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

N° M21- 061977

90637

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 119

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID MOHAMED

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 : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
fournir une facture  
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																			
				<b>Coefficient des travaux</b>																		
				<b>Montant des soins</b>																		
				<b>Début d'exécution</b>																		
				<b>Fin d'exécution</b>																		
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			<b>Montant des soins</b>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																			
			<b>Fin d'exécution</b>																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14/0019272</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
<b>Cachet MUPRAS</b>		



P 14 / . 19272

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>1119</b>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>SAIDI Nohoud</b>			
Fonction <b>Retraité</b>	Phones <b>066121473</b>		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>Nohoud</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>15-11-65</b>
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes			Signature et cachet du médecin
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<b>PHARMACIE</b>		Date <b>01/08/21</b>	Pharmacie Bd. Sour... Tél: 0222 22 02 81 00 159 79 48 000034
Montant de la facture			
498,20			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	<b>CACHET</b>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	<b>CACHET</b>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC IM IV		

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 32801

du 20/09/2021



Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	83,10	83,10	0%
1	TAREG 80MG 28CPS	131,50	131,50	0%
1	STAGID 695MG / 100	107,60	107,60	0%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%

Total TTC	498,20
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	498,20

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

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	498,20	0,00	498,20
		498,20	0,00	498,20

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



**TAHOR<sup>®</sup>**

comprimé pelliculé

**10<sub>mg</sub>**

Atorvastatine

**Pfizer**



**TAHOR<sup>®</sup>**

comprimé pelliculé

Atorvastatine

**10<sub>mg</sub>**

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Boîte sécurisée

pour votre protection

**28**

COMPRIMÉS  
PELLICULÉS

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Emballage scellé.

Laboratoires  
Pfizer S.A.

6 118000 250340

P.P.V. : 79DH00

TAHOR 10MG 28 CPS



TENORMINE® 100 mg  
28 COMPRIMES  
PELICULES SECABLES



Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

100 ملجم  
تينورمين  
إيندولول

DL 38





ملغ 700

ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر  
بأمبونات المتفورمين

عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر

LOT  
EXP  
PPV

210166  
02 2024  
107.60

107,60



Stagid® 700 mg  
100 comprimés sécables



TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

احترموا المقادير الموصوفة  
لائحة I. بصرف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

EXP

LOT

01 2024  
BXF32

1752

