

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

aire :

cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Communication : contact@mupras.com
en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Il est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Fourrir une facture
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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution																																		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																																					
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td rowspan="4">H</td> <td>25533412</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>23</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>24</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>25</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>26</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>27</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>28</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> </table>			D	11 21	22	H	25533412	12	23	21433552	13	24	00000000	14	25	00000000	15	26	G		16	27	00000000		17	28	00000000		18		35533411 11433553		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
D	11 21	22	H	25533412																																			
	12	23		21433552																																			
	13	24		00000000																																			
	14	25		00000000																																			
15	26	G																																					
16	27	00000000																																					
17	28	00000000																																					
18		35533411 11433553																																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																							
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																					

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1119		
Nom & Prénom SAIDI ROHMAND Fonction Retraite Phones 0661214779 Mail				
MEDECIN Prénom du patient No hamed Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 15-11-45 Nature de la maladie				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Signature et cachet du médecin				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date 01/08/21		
		Montant de la facture 498,20		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
CACHET				
CACHET				

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 32801

du 20/09/2021



قرص لا يتأثر بمحضنة المعدة

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
Fax : 0522220261
I.C.E : 001597948000034



TAHOR®
comprimé pelliculé Atorvastatine

10 mg

Pfizer



TAHOR®
comprimé pelliculé
Atorvastatine

10 mg

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Boîte sécurisée
pour votre protection

28
COMPRIMÉS
PELICULÉS

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.
Emballage scellé.

6 118000 260340

P.P.V : 79DH00

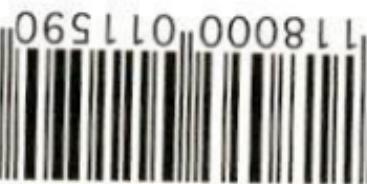


Laboratoires
Pfizer S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS

P.P.V : 79DH00

6 118000 011590



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES

TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PELLICULES SECABLES 28

liste 1

100 mg

83/10



قرص قابل للكسر 100

MERCK

ملغ 700

ستاجيد®
أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتنفسرين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 210166
EXP 02.2024
PPV 107.60

107.60



TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احفظها في المكان الذي لا يرى

لأنها: أ. يصرف فقط بوصب وصفة طبية



**01 2024
BXF 32**

**EXP
LOT**

1752