

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 :	1119	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	129888
Nom & Prénom :		SAIDI Aouane	
Date de naissance :		15-11-45	
Adresse :			
Tél. :		0661214799	Total des frais engagés : Dhs

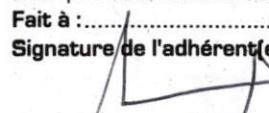
Cadre réservé au Médecin

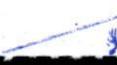
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age: Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

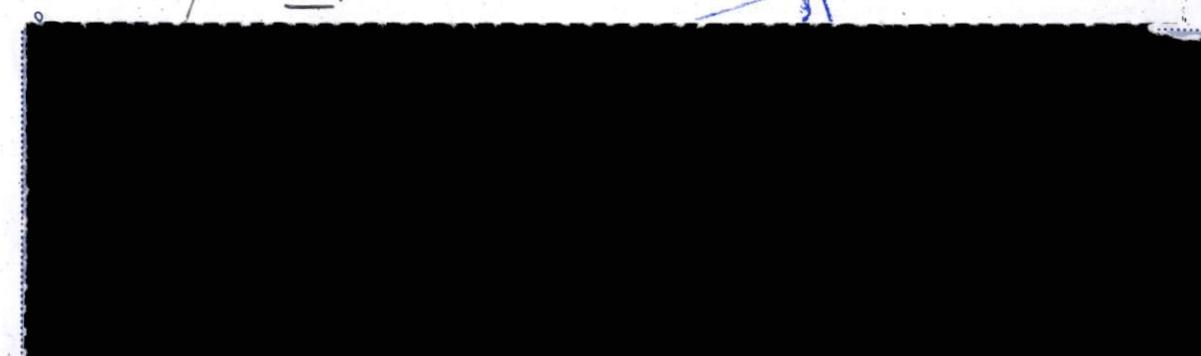
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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
<i>PHARMACIE DU CROISSANT Sous l'Ord. Casablanca 159 79 18 000 03</i>	15/08/22	453,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

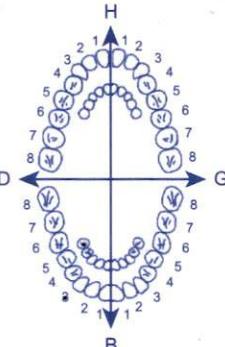
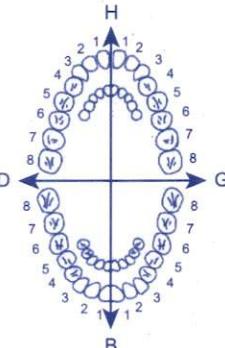
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
							
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS			
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION			
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
	H	25533412	21433552				
	00000000	00000000					
D	00000000	00000000	G				
	35533411	11433553					
B							
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Tél : 0522220261

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 25354 du 15/08/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	STAGID 695MG / 100	107,60	107,60	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	TAREG 160MG B28 CPRS	180,30	180,30	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	58,70	0%

Total TTC	453,30
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	453,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENT CINQUANTE TROIS DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	453,30	0,00	453,30
		453,30	0,00	453,30

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél. : 0522220261
ICE : 00159794800034
Fax : 00159794800034



TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
LOT : 21E004V
PER.09.2024
6 118000 011590

CNSS :
Compte :

I.C.E : 00159794800034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

I.F :

TAREG® 160 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
لانحة ا. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



EXP

LOT

09 2024

BAWY6

1392



Pfizer



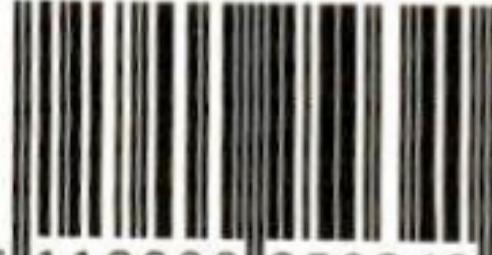
TAHOR

atorvastatine

10 mg

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28

COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

P.P.V

LOT N° :

1231764B

79,99

09366082/4

قرص قابل للكسر 100

merck

ستاجيد®
700 ملغ

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

6

118000 021292



LOT 213486
EXP 01/2025
PPV 107.60

107,60