

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

Reclamation : 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0019530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAIDI N. ABD Date de naissance :

Adresse : 9, Rue DEMOCRATIE CASA

Tél. : 06.12.14.79.99 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAIDI N. ABD 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0019530

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1119

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

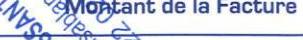
29 NOV. 2019

ACCUEIL

SAIDI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU CROISSANT 3, Bd 80 Tél. 522 22 09 Jdid Casablanca 67	09.10.13.	 4

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

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 : 13/11/2019

MR SAIDI MOHAMED

FACTURE : 53272 du : 13/11/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BIONIME BANLLETTE/25	100.00	100.00	20.00%
1	CORVASAL 2MG 30CPS	46.70	46.70	0.00%
1	KARDEGIC 75MG BT/30 STS	30.70	30.70	0.00%
1	STAGID 695MG 100CPS	107.60	107.60	0.00%
1	TAREG 80MG 28CPS	131.50	131.50	0.00%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	83.10	83.10	0.00%
Total TTC		499.60		

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

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0.00	399.60	0.00	399.60
20.00%	20.00	83.33	16.67	100.00
		482.93	16.67	499.60

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd Sour Jdid Casablanca
Tél : 0522 22 02 67

6 118000 021292



Thématique de ADO



100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
يجب� احترام الجرعات الموصولة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
(قائمة أ) - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



LOT 190199
EXP 01 2022
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

131,50

1130178-A18-MA



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

15246

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

listé 1
28

listé 1

100 mg

83,10



PER : 01/2021
LOT : 19E002

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

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

Fabricant : sanofi-aventis Maroc
km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -
Aïn Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg cp b 30
P.P.V : 46,70 DH



6 118001 080335

 **Corvasal®**
molsidomine

30 Comprimés sécables / Scored tab

