

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.

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

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**



Déclaration de Maladie : N° P19- 0012287

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00542 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENTRA TAYEB 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0012287

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

VOLET ADHERENT

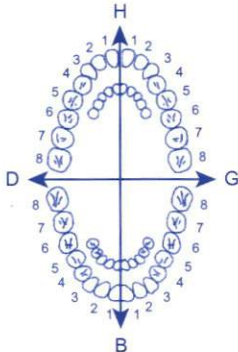
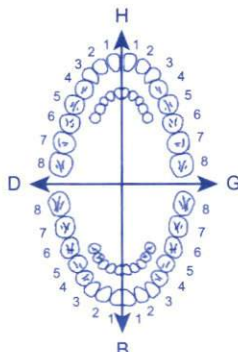
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

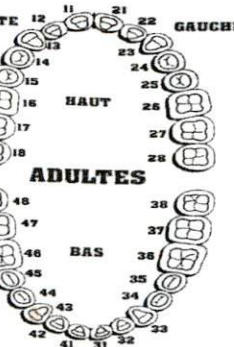
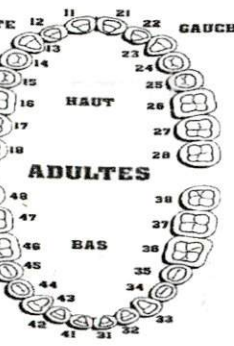
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	Coefficient des travaux												
				<input type="text"/>												
				Montant des soins												
				<input type="text"/>												
				Début d'exécution												
				<input type="text"/>												
			Fin d'exécution													
			<input type="text"/>													
O.D.F. Orthèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<div style="text-align: center;">H</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 10%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="width: 40%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;">D G</div>			25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	<input type="text"/>
	25533412		21433552													
	00000000		00000000													
	00000000		00000000													
	35533411		11433553													
			Montant des soins													
			<input type="text"/>													
			Date du devis													
			<input type="text"/>													
			Fin de l'exécution													
			<input type="text"/>													

DATE DE DEPOT

...../...../.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle 0542	
Nom & Prénom MENJRA Tayeb.					
Fonction : Retraité			Phones 0661 23 60 17		
eMail					
MEDECIN		Prénom du patient MENJRA TAYEB			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 01.01.41		Date 10.04.2019	
Nature de la maladie		Date 1ère visite			
ATA.					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
C4 BCU				250 DH	
PHARMACIE		Date 10-04-2019			
Montant de la facture		3151.10			
		PHARMACIE LA ROTONDE Leïla Menjra 100, Bd. Abdelmoumen Casablanca - Tél : 05 22 23 47			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		MUPRAS 22 AVR. 2019			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :			
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		



Casablanca le : 10/04/2019

Mr MENJRA TAYEB

165.50 x 7

1 - ATACAND 16 MG

1 comprimé par jour le matin au reveil

21.80 x 6

2 - CARDIOASPIRINE 100MG

1 comprimé par jour après le déjeuner

196.20 x 7

3 - CRESTOR 5mg

1 comprimé par jour le soir

25.00 x 4

4 - ZOTROL 50mg

1/2 comprimé 2 fois par jour

23.10 x 3

5 - LYSANXIA

1/4 comprimé matin et soir

89.70 x 3

6 - CORDARONE

1 comprimé par jour 1 j/2

3 151.10

S.V.

Dr. Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

S.V.

S.V.

S.V.

PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Menjra
100, Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tél : 05 22 23 47 76

traitement de 3 mois

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75



DR.LEILA MENJRA

PHARMACIE LA ROTONDE

100,bd abdelmoumen imm cimr

R.C :253530

T.V.A :

Tél :0522234776


Patente:34770188

C.N.S.S:2663955

Le 11/04/2019

FACTURE N°231424

N° ICE : 000885346000047

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	ASPEGIC 100 X 20 SACHETS	21,80	130,80	8,56	7,00
7	CRESTOR 5 MG 28COMP	196,20	1 373,40		
6	ZOTROL 50MG 28 COMP	25,00	150,00	9,81	7,00
3	LYSANXIA 10 MG CP BT40	23,10	69,30	4,53	7,00
3	CORDARONE CP GM	89,70	269,10		
7	ATACAND 16MG CP BT28	165,50	1 156,50	75,79	7,00
<div>PHARMACIE LA ROTONDE Leila Menjra 100, Bd. Abdelmoumen Casablanca - Tél : 05 22 23 47 76</div>					

TOTAL T.T.C :

3 151,10

Nbr Articles	TVA 7% Base :	1 508,60	Montant :	98,69	TVA 20% Base :	Montant :
--------------	---------------	----------	-----------	-------	----------------	-----------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Mille Cent Cinquante Un Dirhams et 10 centimes.

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND
16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
6 118001 020546

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 04/2021
LOT 70086 5

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
6 118000 061113

UT. AV: 12 21 P.P.V.
23 10
LOT N°: 1268549

UT. AV: 12 21 P.P.V.
23 10
LOT N°: 1269421

UT. AV: 12 21 P.P.V.
23 10
LOT N°: 1268549

