

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

188376  
courrier

M23- N° 0042861

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : oulada M'Hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 37 80 51 47

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : M'Hamed ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 ADHERENT

Déclaration de maladie

M23- N° 0042861

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 : .....

### 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

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

1045847

\* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	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'EXECUTION

## SOINS ET PROTHÉSÉS DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de toute autre maladie.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
					<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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<b>Montant des soins</b>
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
00000000	00000000	00000000	00000000																		
35533411	11433553																				
					<b>Date du devis</b>																
					<b>Fin de</b>																

ENT NOM SULADA M'HAMED

Mile 191

W16-055916

Morant engagé	Nbre de pièces Jointes
2.095,90	

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V. : 27,70  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 D  
Bayer S.A.

**28 Comprimés pelliculés**

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

## RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

Nº ID.E.:

Tel : 0537720250

Fax

MR OULADA MHAMED

Le : 07/12/2023

**FACTURE N°:**

6603

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	ANGINIB 50MG /28 CP	77,20	7	231,60
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
5	CARDURA 2MG /30 COMPS	58,50	7	292,50
3	CARTEOL 2% LP COLLYRE	68,80	7	206,40
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	NOCICEPTOL GEL	198,00	7	198,00
1	STERIMAR NASAL SPRAY/GM	94,00	7	94,00

TVA 7%: 91.75

**Total :** 1 895,90

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX

CTS

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

40 زنقة عبد المؤمن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الإلكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Oulada M'hamed

Le 7.12.2023

4428 Diamicron 60

2828 19/Jan fl 3 mois

1128x3 Hyperium 1mg

3508 19/Jan fl 3 mois

306x3 1537 I Sudex 25 19/3 fl 3 mois

1782x3 LD NOR 10mg 19/3 fl 3 mois

173,40 Cardoaspirine 100

2282x3 19/3 fl 3 mois

1837 Cardura 2mg 19/3 fl 3 mois

1982 Nociceptol 1fis/3 fl 3 mois

638x3 2064 Carteol LP 2% 1gt/molin fl 3 mois

2720x3 2316 940 Anjeneb 50 19/1 fl 3 mois

STERIMAN adelle molin et sou mar 2017

صيدلانية صلونج احيون افريط  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
1 Taïeb BOUZIRI - Rabat  
Plage de l'Institut Africain - DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT  
Tél. : 05.37.73.11.07 - Lankat Abdalmoumen  
10, 15, 11.07

89590  
DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT  
40 Lankat Abdalmoumen  
15, 11.07 RA

## ...RECAP. CLIENT ...

Client MR ARAFA

Du: 17/10/2023 Au: 05/12/2023

Désignation	Qté	Prix	Montant	Date
ZEPAM 6MG COMPS.30	2	34,70	69,40	17/10/2023
VITA C 1000 LAP.10 CPS EFF.	1	15,30	15,30	
VITA C 1000 LAP.20 CPS EFF.	1	26,90	26,90	
XARELTO 20MG / 28 CPS	3	629,00	1 887,00	
RELAXOL COMPS.20	2	53,10	106,20	
CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	3	27,70	83,10	19/10/2023
XARELTO 20MG / 28 CPS	-2	629,00	-1 258,00	
XARELTO 20MG / 28 CPS	2	375,00	750,00	
AMLOR 5MG 28 COMPS (GM)	1	89,20	89,20	14/11/2023
AVLOCARDYL 40 COMPS/50	2	41,80	83,60	
KARDEGIC 75MG/30 SACHETS	2	30,70	61,40	
TOPIRAMATE GT 50MG B/30CP	2	108,00	216,00	
STERIMAR NASAL SPRAY/GM	1	94,00	94,00	24/11/2023

Total Montant 2224.10

Mt Remise: 205.13

Mt à Payer: 2018.97



قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER  
PHARMA

6 118000 082217

LOT : 231285

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER  
PHARMA

6 118000 082217

LOT : 231285

EXP : 09/2026

57,80

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER  
PHARMA

6 118000 082217

5

LOT : 231286

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

**CARDURA® 2 mg** ~~XX~~

20 Comprimés



6 118000 250043

18150

**CARDURA® 2 mg** ~~XX~~

20 Comprimés



6 118000 250043

18150

▼ ▼

**CARDURA® 2 mg** ~~XX~~

20 Comprimés



6 118000 250043

18150

▼ ▼

**CARDURA® 2 mg** ~~XX~~

20 Comprimés



6 118000 250043

18150

VV

**CARDURA® 2 mg** ~~XX~~

20 Comprimés



6 118000 250043

18150

LOT N° : 0 E 4 0 5 8 V 3

UT.AV : 04 27 18150 50 P.P.V :

09366003/5