

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-584772

ND. 48072

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) \_\_\_\_\_  
Matricule : 1753 \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_

Actif       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : Tazi Mustapha \_\_\_\_\_

Date de naissance : 21.09.1995 \_\_\_\_\_

Adresse : 32 av. Bir Kacem - Souissi, Rabat \_\_\_\_\_

Tél. : 06.61.21.73.36 \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : 948 \_\_\_\_\_

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23-08-20 \_\_\_\_\_ INPE : 1070 \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : Tazi Mustapha \_\_\_\_\_ Age : 25 ans \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : cesophagite hæpatique \_\_\_\_\_

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 : Rabat \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19.11.2020 \_\_\_\_\_

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
23/03/2020			gratuit	INP 1015095 Dr. Oumana BLOD Spécialiste en Gastro-entérologie et coloproctologie médicale et chirurgicale 17A Immeuble INPE, lot. 3, Agadir

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mme Mirella BENUS Lot Zamzam 17/20 Tél: 057 41 17 20	23/08/2023	968,00 DHS
INPE 102011351		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

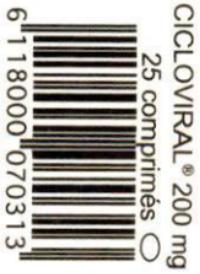
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																

23 - 08 - 20

# Dr. tazi Rustapha

					216,00
1)	Pharmacie Arrazi Rond Point Plateau Col. Zantari, N°1 Route de Neknès 80100 Tél.: 05 37 80 11 11	Mentin	1g	1 - 1 - 1	PPV: 222,00 DH LOT: 632439 PER: 03/21
2)	Prodefen	sachet	1 - 0 - 0		
3)	Eurol young 30 min	jeft dej	pdt 7 J		
4)	Dr. Oumam Gastro-enterologie Angle rue Azezga et Immeuble	200 CP	1 - 0 - 1		216,00



سيكلو فيرال® 200 ملغ

اسيكلوفير

## عن طريق الفم

25 قرصاً

Médicament autorisé  
N° 98 DMP/21/NCI

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A A جدول

لكل قرص  
لو فيرال® ..... 200 مل  
اغاث : الكمية الكافية

غاث ذات تأثير معروف : لاكتوز

عدة، نوعي، موائع واحتياطات الاستعمال : المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال  
جو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة بكيفية

صال الدواء  
بعدم احتساب متناول ومرأى الأطفال

في درجة حرارة لا تتدنى 25°C

Composition par comprimé

Aciclovir (DCI) ..... 200 mg

Excipients : q.s

Excipient à effet notable : Lactose

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions d'emploi :

Lire la notice avant utilisation

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en  
cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

**CICLOVIRAL® 200 mg**  
Aciclovir

**Voie orale**

LOT 203829

EXP 02/23

PPV 97DH50

**25 comprimés**



سيكلو فيرال® 200 ملغ

اسيكلوفير

## عن طريق الفم

25 قرصاً

Médicament autorisé  
N° 98 DMP/21/NCI

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A A جدول

لكل قرص  
لو فيرال® ..... 200 مل  
اغاث : الكمية الكافية

غاث ذات تأثير معروف : لاكتوز

عدة، نوعي، موائع واحتياطات الاستعمال: المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال  
جو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة بكيفية

صال الدواء  
بعدم احتكاكه بغيره من الأدواء

بعدم احتكاكه بغيره من الأدواء  
في درجة حرارة لا تتدنى 25°C

Composition par comprimé

Aciclovir (DCI) ..... 200 mg

Excipients : q.s

Excipient à effet notable : Lactose

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions d'emploi :

Lire la notice avant utilisation

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en  
cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

**CICLOVIRAL® 200 mg**  
Aciclovir

**Voie orale**

LOT 203829

EXP 02/23

PPV 97DH50

**25 comprimés**