

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-488793

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1180 Société : 24095

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHENATI Tounya

Date de naissance : 1954

Adresse : Residence Ibnou Sina Imm. B113 Apt 49

Extension Dakhla Agadir

Tél. : 0660598588 Total des frais engagés : 1501,80

## 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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP: 04 20 22 55 PHARMACIE EXTENSION DAKHLA Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla Agadir. Tél: 05 28 23 94 45		150,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

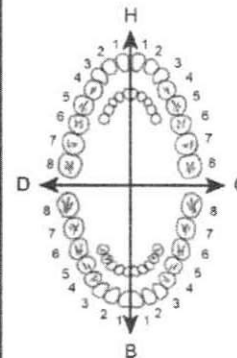
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

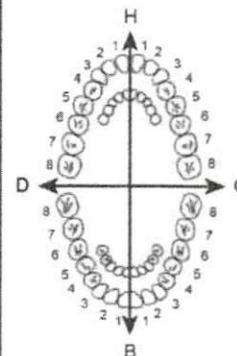
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PHARMACIE EXTENSION DAKHLA  
Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla  
Agadir . Tél : 05 28 23 94 45

INP: 04 202 7755  
ICE: 00050526600092

# FACTURE

N° .....

agadir le: 29/12/2019

Sté: .....

B / I. N°: .....

Mode de paiement: .....

REFERENCE	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNIT.	MONTANT
	Larmabak collyre	01	54,10	54,10
	Hexomédine sol TC	02	14,00	28,00
	Polydexa gtt	01	21,80	21,80
	Acticarbine cp	01	46,90	46,90
			Total:	150,80
<p>Arrêtée la présente facture à la somme de: Cent cinquante Dirhams et 80 centimes.</p>				
<p>PHARMACIE EXTENSION DAKHLA Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla Agadir . Tél : 05 28 23 94 45</p>				

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

VISA:

Expedié par:

Nbre. de Colis

TOTAL

# أكتيكاربين

كلورهيدرات البابايرين / فحم منشط



ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)

PPV 46.90 DH SOTHEMA



6 118001 070015



3400934312908

LOT: AJC071

EXP: 10/2022

84 قرصا مغلفا أبيضاً

لعلاج عسر الهضم و انتفاخ الأمعاء

Titulaire de l'AMM / Distributeur : SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence ELERTE

Fabricant : Laboratoire AJC PHARMA

16120 Châteauneuf-sur-charente - France

Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubeir Brou El Aouam  
Roches Noires - Casablanca  
A. Benkabbou, Pharmacien Responsable



Usage Externe

flacon de 60 ml de  
solution à 1,5 %

Antiseptique  
Antibactérien

transcutanée  
hexamidine  
**Hexomédine®**

إكزوميدين®

عابر للجلد  
إكزاميدين



14,00

قارورة 60 مل

Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubeir Brou El Aouam  
Roches Noires - Casablanca  
A. Benkabbou, Pharmacien Responsable



Usage Externe

flacon de 60 ml de  
solution à 1,5 %

Antiseptique  
Antibactérien

transcutanée  
hexamidine  
**Hexomédine®**

إكزوميدين®

عابر للجلد  
إكزاميدين



14,00

قارورة 60 مل

SOLUTION  
AURICULAIRE  
GOUTTES

# POLYDEXA<sup>®</sup>

Ne pas avaler



21,80

