

## 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 | adhésion@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° W19-448862

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1670      Société : RAM

**Actif**       **Pensionné(e)**       **Autre**

Nom & Prénom : GHANASY HASSAN

Date de naissance : 25/05/1947

Adresse : 16, rue Constantine RABAT

Tél. : 066 304 19 00      Total des frais engagés : - 288,00 - Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MUPRAS

Lien de parenté :  **Lui-même**       **Conjoint**       **Enfant**

Nature de la maladie : 11 MARS 2020

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

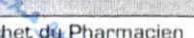
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : 29/03/2020

Le : 29/03/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>NPE : 102070414</b>	21/02/2020	888 ₦

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000001</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000002</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000001	B	00000000	00000002	G	25533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000001														
B	00000000	00000002														
G	25533411	11433553														
		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"/>														

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

RIHANNAM HASSAN

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE: 00196226700094

Tel : 0537720250

Fax :

Le : 07/03/2020

FACTURE N°: 5623

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	EXFORGE 5MG/80MG-28CP	296,00	7	888,00
TVA 7%:		58,09	Total :	888,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

HUIT CENT QUATRE-VINGT HUIT DIRHAMS

Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taïeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50

PH  
SAWMAAT  
HASSAN

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 80 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 80 ملг من فالسارتان



611800103058 3

**EXFORGE** ○  
**5mg/80mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

## **Exforge® 5 mg/80 mg**

28 comprimés pelliculés



### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 80 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 80 ملг من فالسارتان



611800103058 3

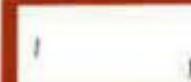
**EXFORGE** ○  
**5mg/80mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

## **Exforge® 5 mg/80 mg**

28 comprimés pelliculés



### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 80 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 80 ملг من فالسارتان



611800103058 3

**EXFORGE** ○  
**5mg/80mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

## **Exforge® 5 mg/80 mg**

28 comprimés pelliculés



### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية