

## 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <i>1107</i>	Société : <i>(89429)</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>YANOUNE AOUATIF</i>			
Date de naissance : <i>12 JUIN 1978</i>			
Adresse : <i>16, Avenue de l'Indépendance, HSSAIN</i>			
Tél. : <i>0613575377</i>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	<b>الدكتور سعيد العربي عالي الطب العام شارع الحسن الثاني رقم 25 قربة سلا</b>	
Date de consultation : <i>16.10.2021</i>	Age : ..... Ans		
Nom et prénom du malade : <i>YANOUNE AOUATIF</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>maladie airways</i>			
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) : 

## **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
16.10 2021	C	1	X 130.000	INP : 1008704 الدكتور سعيد العصري عالي الطب العام المسئون الثاني رقم 25 لا

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
دليـة الصـفـريـة PHARMACIE AL ABRIDI Ras. Dalal, Imb. 4, Mag. T2 улад Хлал, Hsaine-Sala Al Jadida Tél.: 05 37 83 18 86	١٦/١٢/٢١	٤٧٦,٤٥

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH00  
PER.: 01/2022

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH00  
PER.: 02/2023

## ORDONNANCE

BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V : 102DH00  
PER.: 05/2023

6 118000 060567

Lale, le 16.10.2023

102,00 x 2  
-----  
204,00

YAHYA ALI ADOUAF

BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V : 102DH00  
PER.: 11/2023

6 118000 060567

Birodogyl 9 (1)

Flagyl 100 (1)  
1g x 20 x 2 semaines

SYNTHEMEDIC  
22 rue zaouia bnou al aquam roches  
noures casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

6401/SDMP/21NQ P.P.V : 82,10 DH  
6 118001 020591

INEXIUM 2, 10 mg  
10% dans un biber

PPV 190H70  
PER 05/22  
LOT 11177

الدكتور سعيد العزيز  
الطب العام  
شارع الحسن الثاني رقم 25  
الطب العام  
شانق قبة  
الطب العام

PHARMACIE AL ABBADIA  
4, Rés. Dalaï, Imb. 4 Mag. 12  
Oujad Hsial, Hsaine-Sala Al Jadida  
Tél.: 05 37 83 18 86

19,70

16,00

40,00

675,40

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

Doliprane 1000 mg



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.

b

ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 14DH00

PER : 01/24

LOT : K097

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

Doliprane 1000 mg



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.

b

ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 14DH00

PER : 01/24

LOT : K097

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

Doliprane 1000 mg



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.

b

ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 14DH00

PER : 01/24

LOT : K097

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

Doliprane 1000 mg



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.

b

ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 14.  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

b

PPV : 14DH00

PER : 01/24

LOT : K097

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg

Doliprane® PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés



bottu 14.

b

ADULTE  
10 Comprimés

b  
02. Aller des Comptoirs - Ab Seite - Cetabimex  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 14DH00

PER : 01/24

LOT : K097