

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

## Biologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2982

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

ND NO

Nom & Prénom : KHOUEASSI MOSTAFI

Date de naissance : 11/07/1956

Adresse : 5 lot AL MAGHRIB AL JADIDA - 1114

Etage R.D. : 1 - Lissasfa

Tél. : 06 61 08 11 25

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : M. KHOUESSI Mostafa, 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'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 : 11/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-052994

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**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot Marca - N° 022 INPE: 0020425000024 0010552	04-1-22	230,20

INPE:092010552

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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**

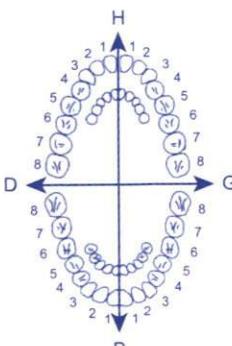
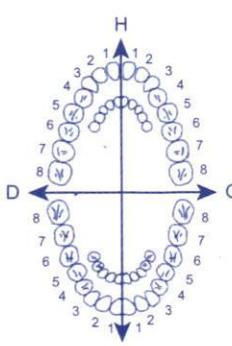
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le b

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION**

# ORDONNANCE

CASCA Le 04/11/2012

M<sup>r</sup> KOUKOUNASSO Modé

79.70

+ Abitap S

41, 100  
L41, 100

48.50 + Abitap 22

70.00 - Elixinol 100

20.00 - Dihydroxy

52.00 - Voltaren S

PHARMACIE ANNASSIM  
Lop Tabiba N°6222  
CASABLANCA - Tel: 06 22 99 39 12  
NPE: 052010522  
ICE: 002042097000024

230.20

LOT: M21008  
EXP: DEC 2023  
PPV: 52,00 DH



effervescents  
20 comprimés

20 mg

(métasulfobenzoate sodique)

prednisolone

Cotipred®

كوتبرد®

برنيلون

(ميتاسلفوفينزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوارا  
قابل للكسر

LT  
Litho Typo

### Formule :

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice.

PPV: 48DH50

PER: 11/24

LOT: K3007



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



PPV:20DH00  
PER:10/24  
LOT:K2879

# **Fluibron® 0,3%**

*Ambroxol*

N° lot : 21004

Exp. : 03-2024

PPV : 30 DH 00



# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV : 79DH70

PER : 08/24

LOT : K2177



3 Comprimés  
sécables

bottU s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Rachdi - Pharmacie Roudani