

# 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.

M22- 0012483

124 898

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1271 Société : Retraite  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ABED EL AZIZ BEN OULTOUD  
 Date de naissance : 09/02/1948  
 Adresse : 06 45 41 49 40  
 Tél. : 417.80 Total des frais engagés : 417.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Lui-même  Conjoint  Enfant

Lien de parenté : ..... Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <p><i>'HADMA' du Fournisseur<br/>Mme Ghabaoui Ghettas Mme<br/>angle Bd de la Gironde et Rue Ifn<br/>CASABLANCA<br/>Tél 0522 30 00 00<br/>INPE: 092037644</i></p> | 10/08/2022 | 117,80                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | 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      |

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LA GIRONDE  
GHARBAOUI GHATTAS MOUNA  
PLACE KHAIBAR ANGLE BD LA GIRONDE RUE D

Tél : 300619

Patente N°: 32607506  
N° R.C. : 240608  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale :  
ICE : 001597776000022

Le : 01/08/2022

M BENOUEHOUD Abdelaziz

FACTURE : 31092 du : 01/08/2022

| Qté              | Désignation           | Prix PPV      | Montant       | TVA   |
|------------------|-----------------------|---------------|---------------|-------|
| 2                | FLUDEX 1,5MG / 30CP   | 68.90         | 137.80        | 0.00% |
| 2                | VALPHI 160 MG /28 CPS | 140.00        | 280.00        | 0.00% |
| Total TTC        |                       | <b>417.80</b> |               |       |
| Droits de timbre |                       |               | 0.00          |       |
| Net à payer      |                       |               | <b>417.80</b> |       |

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT DIX SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

|        | Taux | HT            | TVA         | TTC           |
|--------|------|---------------|-------------|---------------|
| 0%Ar91 | 0.00 | 417.80        | 0.00        | 417.80        |
|        |      | <b>417.80</b> | <b>0.00</b> | <b>417.80</b> |

PHARMACIE DE LA GIRONDE  
Mme Gharbaoui Ghattas Mouna  
Place KHAIBAR  
angle Bd de la Gironde et Rue Ifn  
CASABLANCA  
Tél 0522 30 06 1

INPE: 092037647...

VMG

# فالفي® 160 مع

فالسارتان

VALPHI 160 mg  
28 Comprimés



28 قرصاً



Φ  
h.i معهد الصيدلة

LOT: 030  
PER: DEC 2023  
PPV: 140 DH 00

# فالفي® 160 مع

فالسارتان

VALPHI 160 mg  
28 Comprimés



28 قرصاً



Φ  
h.i معهد الصيدلة

LOT: 030  
PER: DEC 2023  
PPV: 140 DH 00

30 ፳፻፲፭ ዓ.ም. የፌዴራል

፩፻፲፭ ዓ.ም.

ለፌዴራል

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

የፌዴራል የፌዴራል የፌዴራል የፌዴራል

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

የፌዴራል የፌዴራል የፌዴራል

፭፻፲፭

30 ፳፻፲፭ ዓ.ም. የፌዴራል

፩፻፲፭ ዓ.ም.

ለፌዴራል

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

የፌዴራል የፌዴራል የፌዴራል የፌዴራል

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

የፌዴራል የፌዴራል የፌዴራል

|  |
|--|
|  |
|--|

፭፻፲፭