

## 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.

N° W21-685120

244273

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9738		
Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHABABOU ARIZA		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 59 Total des frais engagés : 59 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 1		
Nom et prénom du malade : Age: 40		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : A.C.I.A.T. LIBRE		
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : CHABABOU

Le : 11/12/11

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

		EXECUTION DES ORDONNANCES
Cachet du Pharmacien	DU du Fourisseur	Date
15/12/22		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien**  
DU DU Fourrissédr.  
Tél : 05 22 24 55 00  
RC : 245509- Plé : 3564  
IF : 4043664

Date

**Montant de la Facture**

15712122

59190

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue**

Date

### Désignation des Cœfficients

**Montant  
des Honoraires**

AUXILIAIRES MEDICAUX

**Cachet et signature  
du Particulier**

Date des

1

**Nombre**

### Montant détaillé 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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE DES STADES

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC:245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

## Facture N° 597 127 Du 15/12/2022

ME CHAABAoui AZIZA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
SI	AKINDEX 200 ML AD	1	31.50	31.50
CO	SPASFON COMP	1	27.50	27.50
2	Total	2		59.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
CINQUANTE-NEUF DIRHAMS

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte. : 35873067  
IF : 40436642



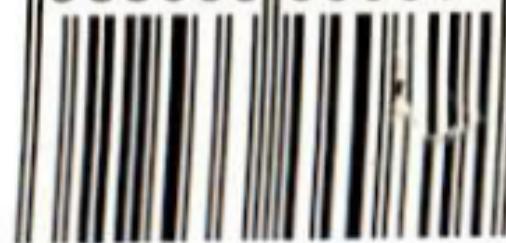
# AKINDEX

*SIROP ADULTES*

LOT : 22014  
PER : 01/2025  
PPV : 31,50 DH

EN CAS DE DOUTE,  
VEUILLEZ CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

6 118000 330226



30 comprimés enrobés

**Spasfon®**

AMM N° 451/14 DMP/21/NRG

جلاپ ۱۱۸۰۰۰ ۳۳۰۲۲۶

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants

6 118000 330226

