

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	5901	Société :	AS2471
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Abdelkader A212	
Date de naissance :		1938/06/18	
Adresse :		Cite yacoubi 2 Rue d'Alg	
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	DOCTEUR YOUSSEF EL ATTAR Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie 709 Bd Idss El Harti Ben Msih Sidi Othmane 2ème Etage Casablanca - Tél: 05 22 22 78 18 - Fax: 05 22 57 90 03		
Date de consultation :	08/07/2019	Age :	121
Nom et prénom du malade :	Abdelkader		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dan leung abdominal		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			

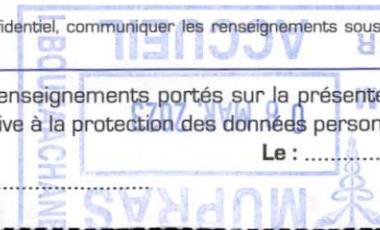
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 1/1/2019

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
8/11/2011	8/11/2011	300/100	300/100	DOCTEUR TOUSSÉ, Mme en Gastro-entérologie & hépatologie Chari Ben Madi, 52233787, fax 0529 003 Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/12/2022	48360

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# HEPANAT®

le dieci erbe

## Composition par comprimé de 400 mg

Rhamnus purshiana écorce 85,4 mg. Jus

53,4 mg. Cassia angustifolia feuilles 42,7

lutea racine 16 mg. Taraxacum officinale racine

Rheum palmatum racine 10,7 mg. Marrubium

Maltodextrine ; agent de charge : Cellulose

sels de magnésium d'acides gras, dioxyde de titane, agents de revêtement :

Hydroxypropylméthylcellulose, acides gras, cellulose microcristalline.

هيبانات

40 قرص

A consommer de préférence avant fin : 06/2025

Lot n°

68,60 DH

Y152G

SYSTEME  
CERTIFIÉ ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESNAPARL  
Via delle Industrie 1 Albisola Marina (SV) ITALY esrl.it  
Importé et distribué par ESNAPHARM, Rue Abdelmajid  
Benjeloun - Maanif extension - Casablanca

## Propriétés :

Confort digestif et intestinal.

## Conseils d'utilisation :

2 à 4 comprimés par jour.

## Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.  
pendant la grossesse.

ENOHNVO202502