

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-793779

155963

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 02739	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZOUHRAOUI N.			
Date de naissance : 15/01/57			
Adresse : 7 Allée des Neffles Firdasou à Casablanca			
Tél. : 0661098623	Total des frais engagés : 592.40		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : Casablanca Le : 03/10/18

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CHAMPS Dr ELOUARD 11111 ASSOCIÉS 2 Bis Allée des Citronniers BP 1001 34190 Sénas - Casablanca Tél. 05 22 34 46 70	04/04/23	56,46

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

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'EXÉCUTION

Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL QUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca



**Facture N° 20230404-864**

Date de vente : 04/04/2023

**Médecin traitant :**

**EL OURAOUI Mohammed**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ONIFINE UE 1% 30ML SPRAY USAGE EXTERNE	1	56,00	TVA (7.00%)	56,00

Total HT	52,34 DHS
TVA	3,66 DHS
<b>Total</b>	<b>56,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-six DHS**

**PHARMACIE DES CITRONNIERS**  
Dr. ELOUATTASSI RABAB  
29, Bis Avenue des Citronniers  
Aïn Seba - Casablanca  
Tél. 05 22 34 46 79

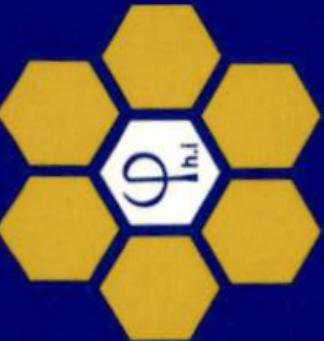
# ONIFINE® 1%

## Terbinafine

التركيبة :  
الثربينافين على شكل كloriderات ..... 1 غ  
المسوؤ عات ..... q.s.p. 100g  
المسوؤ عات ذات التأثير المعروف: بروبيفين  
علوكول

تناول المستعمل و المقدار :  
تناول لوصفة الطبيب  
ادتثال لوصفة الطبيب

Solution pour pulvérisation  
cutanée.



المحافظة :  
يجب المحافظة في درجة حرارة لا  
تتجاوز 30 درجة مئوية  
لا يجب تركه في متناول الأطفال  
شروط الاستعمال  
انظر إلى النشرة داخله  
عن طريق الجلد  
ابلي

LOT: 012  
PER: OCT 2023  
PPV: 56 DH 00

AMMIN°: 295/19 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites  
بحسب احترام الجرعت المحددة

Flacon de  
30 ml

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

بيان ووزع من طرف :  
مودة الصيدلانية  
ص.ب. - 4491 - 12100 عن العودة - المغرب  
مسئلي المسؤول: مودة الصيدلاني



PHARMACEUTICAL INSTITUTE