

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0053296

163853

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03722 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SÉR RAR MUSTAPHA

Date de naissance : 25/06/53

Adresse : 174, Rue Egaoumous Ap SOS CASA

Tél. : 0661320772 Total des frais engagés : 430 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même Age:  Enfant

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 : 03/09/2019 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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 S.A.R.L. Rue 36 N°04, Massira 2, Bourneze Casablanca tel 0522 70 22 84 Fax 0522 70 30 79 INPE 2001197	02/06/2023	430,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

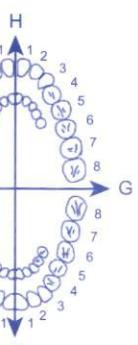
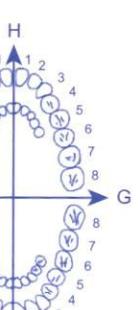
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

402/06/2023

Mr. SERRAO mustapha.

215x2

- Omnipaque 350

430,00

100 ml



Pour 1 mL de solution : Iohexol 755 mg q.s.p  
350 mg d'iode.

Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,  
eau P.P.I

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.  
Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على : إيوهكسول 755 ملغ  
ك.ك.ل. ، 350 ملغ يود

الركيبات الأخرى : تروميتابول، حمض  
البيبروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ما  
للحقن.

كل عبوة لاستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدي  
30°، يحفظ بعيداً عن الضوء ويعيدها عن  
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3  
أشهر في مكان درجة حرارته 37°.

لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال.  
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N°: 102/19 DMP/21/NRQ



٧

GE Healthcare



OMNIPAQUE™  
أونيباك

350

mg I/ml  
ملغ يود/مل

Solution injectable  
IOHEXOL

محلول للحقن  
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /  
نهاية الإستهلاك:  
Lot n° /  
الحصة:

10-2025  
16161022

1201829 MAR

Pour 1 mL de solution : Iohexol 755 mg q.s.p  
350 mg d'iode.

Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,  
eau P.P.I

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.  
Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على : إيوهكسول 755 ملغ  
ك.ك.ل، 350 ملغ يود

الركيبات الأخرى : تروميتابول، حمض  
البيبروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ما  
للحقن.

كل عبوة لاستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدي  
30°، يحفظ بعيدا عن الضوء ويعيدها عن  
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3  
أشهر في مكان درجة حرارته 37°.

لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال.  
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N°: 102/19 DMP/21/NRQ



٧

GE Healthcare



OMNIPAQUE™  
أونيباك

350

mg I/ml  
ملغ يود/مل

Solution injectable  
IOHEXOL

محلول للحقن  
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /  
نهاية الإستهلاك:  
Lot n° /  
الحصة:

10-2025  
16161022

1201829 MAR