

# 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 : **05140**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BARRANE Hamid**

Date de naissance : **31/05/1963**

Adresse : **297 Rue BAHAE SANJARI Agadir**

Tél. **0609873904**

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : **Agadir**

Le : **31/05/18**

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

INPE: 092022680

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  
PHARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUE D'EL JADIDA

240, Bd Hassan Roudani Casablanca

Tél: 05 22 99 57 46

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUE D'EL JADIDA

240, Bd Hassan Roudani Casablanca

Tél: 05 22 99 57 46

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA  
 240 ROUTE D'EL JADIDA  
 CASABLANCA TEL:257825/253961  
 ICE:000093373000056  
 RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

25/05/2023

## F A C T U R E N° 1983

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	BUTOVENT AEROSOL HFA	45.30	45.30
MONTANT FACTURE			45.30

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 QUARANTE CINQ DIRHAMS 30 CTS



Lot n°: 0008M157  
Pér.: 10 - 2021

P.P.V: 45 DH 30

# بتوفن®

رشاش مقاييس الجرعات  
ه.ف.أ.

100 ميكروغرام / جرعة

200 جرعة

**Butovent®**

Salbutamol sulfate

Aérosol doseur

H.F.A



PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA  
 240 ROUTE D'EL JADIDA  
 CASABLANCA TEL:257825/253961  
 ICE:000093373000056  
 RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

26/05/2023

## F A C T U R E N° 1984

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	DESIGNATION	P P V	MONTANT
1	OSMOSINE SIROP	34.00	34.00
1	TOPLEXIL SIROP	15.70	15.70
MONTANT FACTURE			49.70

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 QUARANTE NEUF DIRHAMS 70 CTS

TOPLEXIL  
 SIROP FL 150 ML   
 P.R. : 23/06/05 L.O.T. : 01/2025  
 P.P.V : 15DH70

6 118000 060901



PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
 ROUTE D'EL JADIDA  
 240, Bd Brahim Roudani  
 Casablanca  
 Tel: 05 22 99 57 46

# **OSMOSINE®**

**Hydroxyde de Magnésium**

**Traitement symptomatique  
de la constipation**

**OSMOSINE®**



Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118 000 210054

AMM N 05 DMP/21/NRQ

260 ml

**Suspension  
Voie Orale**

**PPV  
34DH00**