

# 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 :	2291	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FADOU ACH	
Date de naissance :		L.F.1.1984	
Adresse :		N° 2338	
Tél. :		0661 14 44 61	Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SORAJ NADIA 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 : / / 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
	17/06/2023	46,3

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

ELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



STE PHARMACIE GOLF CITY

YAMMOURI SAAD

## FACTURE

Page :1

Vite 01000

PPV 15DH30  
EXP 10/2024  
LOT 19035 29

N° FACTURE :213827

Date :17/06/2023

Client :

SERRAJ NADA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
+TOPLEXIL SIROP	1	15.70	15.70
DOLI 500/GEL	1	15.30	15.30
+VITAMINE C/PM	1	15.30	15.30

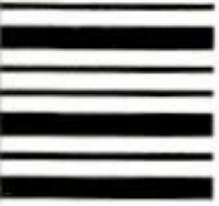
Total TTC = 46.30

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-SIX DIRHAMS 30 CTS

STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre Commercial Bouskoura Golf City  
RDC N°9 Bouskoura - Casablanca  
Tél:0522590709

STE PHARMACIE GOLF CITY Centre Commercial Bouskoura Golf City RDC N°9. Bouskoura Casablanca.

Tél:0522590709 Patente 32932125 RC: 366449 ICE: 001836264000094.CNSS:4583987.code INPE:092079649



# Toplexil<sup>®</sup>

## Toux sèches et irritatives

Oxomémazine 0,33 mg/ml

### احتياطات خاصة بالحفظ:

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيداً عن  
الضوء.

يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثـر بعد فتح القارورة لأول مرـة.

يجب حفـظ الدـواء في القـارـورة الأـصـلـية.

يـجبـ حـفـظـ الدـوـاءـ فـيـ القـارـورـةـ الـأـصـلـيـةـ.

بـقـرـاءـةـ هـذـهـ النـشـرـةـ بـتـعـصـلـ قـبـلـ الإـسـتـعـالـ.

### الإيجابيات الإيجابية:

LOT : 20E023  
PER : 12/2021

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



# Doliprane®

500 mg  
PARACETAMOL

Voie orale  
16 GELULES



à partir de 27 kg

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



PPV 15 DH 30  
PER 03 / 23  
LOT J966

