

# 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 : 7155 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GOTNI AHMED

Date de naissance : 09/07/1962

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0635738080 Total des frais engagés :

55,10 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 2020 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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISAS ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA

602 BD OUM EL RABIA EL OULFA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

J

CASA

Le : 11/08/2023

FACTURE N° : 45134/23

| Qté | Désignation           | Prix  | TVA | Montant |
|-----|-----------------------|-------|-----|---------|
| 1   | DOLIPRANE 1G SUPPO AD | 14,40 | 7   | 14,40   |
| 1   | DOLOSTOP 1GR CP       | 10,60 | 7   | 10,60   |
| 1   | MAXIDROL COLLYRE      | 30,10 | 7   | 30,10   |

TVA 7%: 3.60 Total : 55,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE CINQ DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE NOUZHA  
DIOURI AYADI Nouzha  
iplômé d'université de Bruxelles  
02, Bd Oum Rabia - El Oulfa  
Casablanca  
0522.90.17.15 - Casa

Thulajda d'Alù all'Uovo:

صاحب رخصة التسويق بالتجزئي  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P N°1 - 27182  
Bouskoura-Marrakech

Evaluations

Importeur : **Alcon-Couvert N. V.**  
**Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique**  
**Alcon Cusi, S.A.**  
**Camil Fabra 58, 08320 El Masnou,**  
**Espagne.**

Soyez prudent Ne pas conduire sans avoir lu la notice

6 "118001"070398

**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Maxidrol collyre, 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 30,10 DHS

406994

et/ou optimique  
**EN INSTILLATION OCULAIRE**  
Composition:  
1 ml de collyre contient:  
dexaméthasone 1 mg, leomyciné 3500 U.I.  
polymyxine B 6000 U.I.  
Diphénhydramine hydrochloride, chlorure de  
sodium, polyvinylpyrrolidone 20 (ween 20), acide  
chondroïdique diabé, hydroxyde de sodium  
et eau purifiée.  
Exception à cette notice:  
Chlorure de benzalkonium :  
Lire attentivement la notice avant emploi  
Conservier à température ambiante  
(15-25°C), à l'abri de la chaleur et de la  
lumière et hors de la vue et de la portée  
des enfants.  
Aérer le flacon pendant 30 secondes  
avant l'emploi.  
Ne pas utiliser au-delà de 30 jours après la  
première ouverture du flacon.

ماکسیدرول®  
MAXIDROL®

COLLYRE

## قطرات للعين **Dexaméthasone** **Néomycine**

## Polymyxine E

النحو حديث

البيوليميسين - بـ Flacon de 5 ml

NOVARTIS

### Tableau A (Liste 1) - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

# Dolostop®

1000 mg

Paracétamol

8 comprimés

Dolostop®  
Paracétamol

1000 mg

Voie orale

Douleurs et fièvre

Adulte

8 comprimés  
Voie orale

LOT : 2162  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 10 DH 60



340 H 40  
00724  
L2881

1440

**DOULEURS & FIEVRE**

10 Suppositoires

Paracétamol

**Doliprane®**  
1000 mg

Adulte