

# 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 :	6622	Société :	PARSI
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	77
Nom & Prénom :		F. ZEYNEH Mousa	
Date de naissance :		01-06-1967	
Adresse :		81 Rue Mohamed Saïd Fakir Mouassine 061314391	
Télé :		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/ /	
Nom et prénom du malade :	Age: .....	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Pathologie : .....	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
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 : 08/02/2023

Le : 20/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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
PHARMACIE ROUDANI Mylé LEBAB Khadija Ep MOKHTAR d'brahim Roudani Vers Myl YOUSSEF Maârif - Casablanca 05 22 27 23 00 / 05 22 27 12 23	15-12-23	17250

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
</				



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :863468  
Date :15/12/2023

Client :  
EZZAKI MINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
OMIZ 20 MG / 7 GELULES	1	22.50	22.50
RINOMEX AD /8 SACHET S S	1	20.00	20.00

Total TTC = 42.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-DEUX DIRHAMS 50 CTS

Bon rétablissement

# Rinomex®

Paracétamol / Vitamine C / Phéniramine maléate

Rhume - Rhinite  
État grippal  
Rhinopharyngite



Adultes



Arôme orange

**SANS  
SUCRE**



**8 sachets**

Voie orale

SACHETS DE GRANULÉS  
POUR SOLUTION BUVABLE

**PHARMA5**

PHARMA5  
LOT : 6615  
UT.AV : 02-25  
PPV : 20DH00

A39012

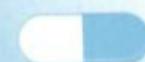
أوكولير®  
20 مجم

أوميبرازول



كبسولات  
عن طريق الفم  
7

وحدات حبيبية مقاومة للمصاراة المعدية



LABORATOIRES  
PHARMA5  
مختبران فارما5

22,50