

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÊJETS

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-488797

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4180 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHNATI Tawika

Date de naissance : 1974

Adresse : Residence Ibnou Sinaï Imme B1/3 kppu g

Extension Dakhla ACADIR

Tél. : 06 50 59 85 88 Total des frais engagés : 152,00

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 :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.



# RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		152,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

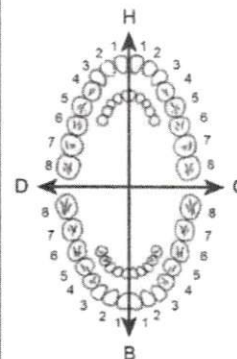
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

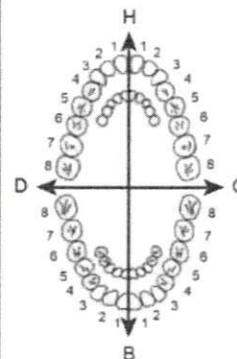
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PHARMACIE EXTENSION DAKHLA  
Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla  
Agadir. Tél. : 05 28 23 94 45  
INP: 042027755  
SCE: 00050526600092

# FACTURE

N° .....

agadir le: 29/12/2019

Sté: .....

B / I. N°: .....

Mode de paiement: .....

REFERENCE

DESIGNATION

QUANTITE

PRIX UNIT.

MONTANT

Inexium 20mg / 14 cp.

01

32,60

32,60

Pebrex st. ss. Ad.

02

20,00

40,00

Antibio Synalar gtt Aur

01

13,40

13,40

Total: 152,00

Arrêtée la présente facture à la somme  
de: Cent cinquante deux Dirhams.

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA  
Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla  
Agadir. Tél. : 05 28 23 94 45

VISA:

Expedié par:

Nbre. de Colis

T  
O  
T  
A  
L

**INexium® 20 mg**  
ésoméprazole

**إينكسيوم® 20 مغ**

إزوميرازول

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al acoum roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
840115DMP 21ANRG P.P.V. 92,60 DH  
6 118001 020591

**14**  
comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

**14**  
قرص صامد  
لحموضة المعدة  
عن طريق الفم

AstraZeneca

FAB. FEB-19  
EXP. JAN-22  
LOT ZCHK

Composition en substances actives:

Esoméprazole.....20,00mg

Sous forme d'ésoméprazole magnésium trihydrate

Pour un comprimé gastro-résistant

Excipients : QSP un comprimé gastro-résistant

Excipients à effet notoire : saccharose

Nom et adresse du Détenteur de l'AMM :

AstraZeneca Tour Carpe Diem

31, Place des Corolles

92400 Courbevoie France

Nom et adresse du fabricant,

conditionneur et libérateur :

AstraZeneca AB Gärtunavägen

SE-151 85 Södertälje Suède.

# F-BR-X<sup>®</sup>

**Sans Sucre**

**Adulte**

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



**8** Sachets de Granulés



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre  
  
Voie Orale

PHARMED

LOT : 1265  
UT.AV : 01-22  
PPV : 20DH00

# F-BR-X<sup>®</sup>

**Sans Sucre**

**Adulte**

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



**8** Sachets de Granulés



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre  
  
Voie Orale

PHARMED

LOT : 1265  
UT.AV : 01-22  
PPV : 20DH00

١٩ ٥١ ٥٥ ٥٦ ٥٧ ٥٨ ٥٩ ٦٠ ٦١ ٦٢ ٦٣ ٦٤ ٦٥ ٦٦ ٦٧ ٦٨ ٦٩ ٧٠ ٧١ ٧٢ ٧٣ ٧٤ ٧٥ ٧٦ ٧٧ ٧٨ ٧٩ ٨٠ ٨١ ٨٢ ٨٣ ٨٤ ٨٥ ٨٦ ٨٧ ٨٨ ٨٩ ٩٠ ٩١ ٩٢ ٩٣ ٩٤ ٩٥ ٩٦ ٩٧ ٩٨ ٩٩ ١٠٠



الكلية الطبية

قسم طب الأطفال

مستشفى  
التيار

ANTIBIO SYNALAR

19.40