

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



## Déclaration d'Adhérent

N° W19-431676

ND: 38956

CA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2509

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHI AD M

AGIF A

Nom & Prénom :

040157

HABIBI ARI

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

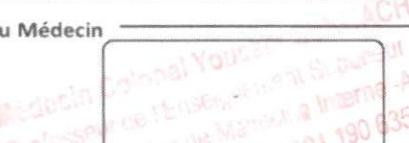
Total des frais engagés :

217.70

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'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 : 07/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431676

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

2509

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

CHI AD M

Total des frais engagés :

217.70

Date de dépôt :

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
			INP : [REDACTED]	<i>[Handwritten signatures and initials over the INP field]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature over the first column]</i>	07/07/2000	247,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> 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	Coefficient	INP : [REDACTED]												
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]																
FIN D'EXECUTION [REDACTED]																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Royaume du Maroc  
Forces Armées Royales  
Hopital Militaire  
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس

Medecin Colonel Youssef SEKACH  
Professeur de l'Enseignement Supérieur  
Chef du Service de Médecine Interne - A  
HMIIV - Rabat - INPE : 101 190 635

168,20 1 Au commandant de l'armée  
20,50 2 - Té - Alg - Alg

FIDELIS F.P.

1 - 0 - 165 405.

Pharmacie HADIDAD  
Pharmacie EL HADDAD  
Dr. Nizar Al Iddhar Sidi Abed  
Dr. Hay Al Iddhar - Témara  
N°154, Hay Al Iddhar - Témara  
Tél : 05 37 62 67 39  
INPE : 102075892

Medecin Colonel Youssef SEKACH  
Professeur de l'Enseignement Supérieur  
Chef du Service de Médecine Interne - A  
HMIIV - Rabat - INPE : 101 190 635

247,70 f



# PHARMACIE IZDIHAR

154 LOT AL IZDIHAR SIDI EL ABED HARHOURA

R.C : 89686

Patente: 28027133

T.V.A :

C.N.S.S: 9506562

Tél : 05-37-62-67-39

Le 07/07/2020

## FACTURE N°48

N° ICE : 001824000000064

N° IF : 56417165

CHIADMI AFIFA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	AUGMENTIN 1G SACHETS/16	168,20	168,20	11,00	7,00
1	FITOPOLIS SIROP AD	79,50	79,50	5,20	7,00

**TOTAL T.T.C :**

**247,70**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	247,70	Montant :	16,20	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Deux Cent Quarante Sept Dirhams et 70 centimes.

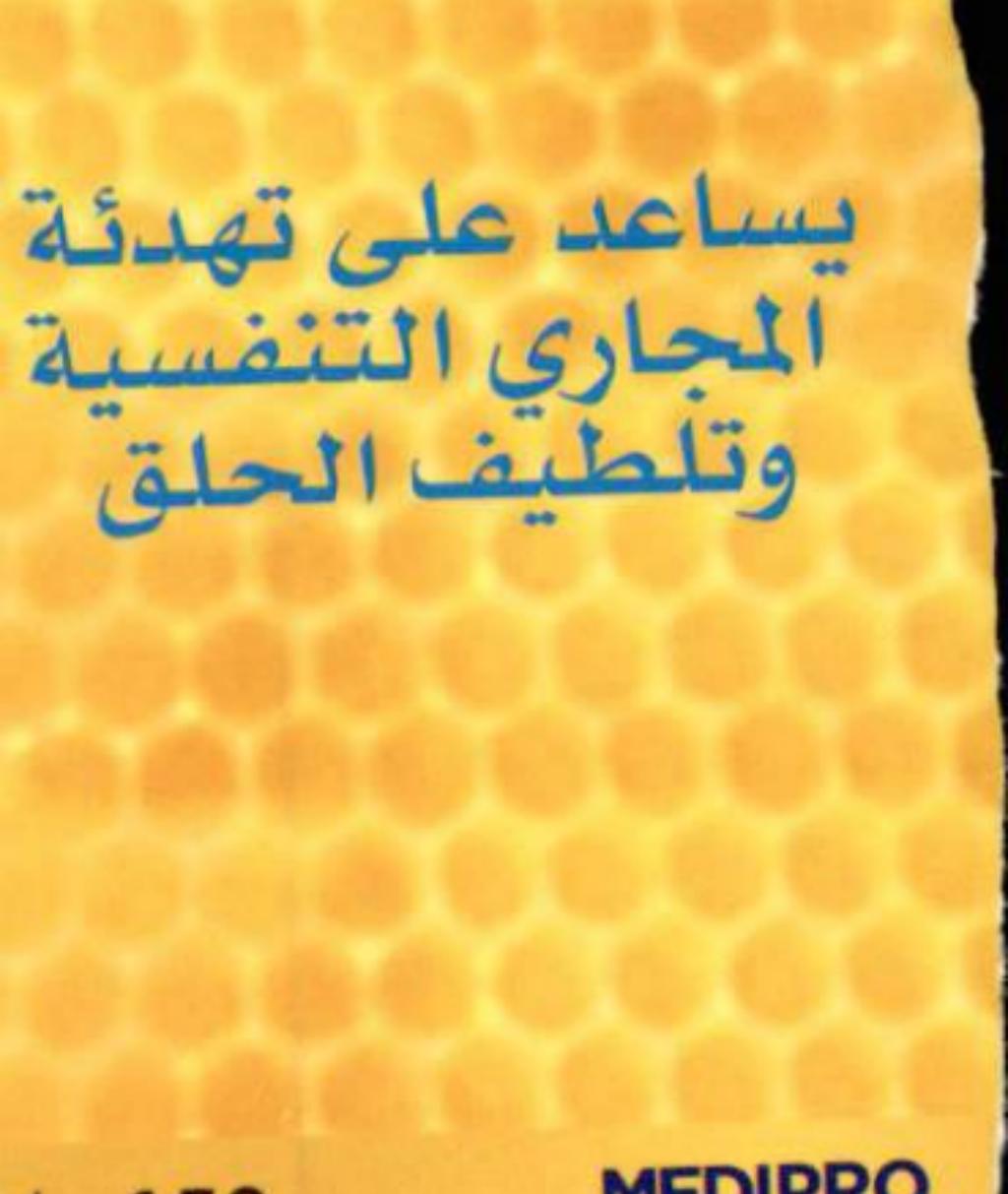
# فتوبليس

محلول للشرب



## للكبار

صمغ النحل  
 الإيكيناسيا  
 الزعتر  
 فيتامين C



يساعد على تهدئة  
المجاري التنفسية  
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO  
PHARMA



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot:

A consommer

de préférence avant le:

180718  
07-2021

PPC: 79,50 DH

# AUGMENTIN

AMORICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 168,20 DH

LOT : 623734

PER : 05/21

