

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W19-475228

ND: 44528

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1352

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sayanti Dris

Date de naissance : 1948

Adresse : 187 rue 29 ouffa

Tél. : 0675777335

Total des frais engagés :

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCORD  
JULY. 2020  
MUPRAS

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BOUKHARI SAINT-OUEN	19.9.20	194,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<b>H</b> <input type="text"/> 25533412   21433552 00000000   00000000 <hr/> D <input type="text"/> G <input type="text"/> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b> <input type="text"/>			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

PHARMACIE BOUKHARI  
BELKZIZ BAHIA  
BD OUED DRAA RUE 33 N° 43 ELOULFA CASA  
Tél : 022905223

Patente N°: 35017137  
N° R.C. : 214040  
Compte :  
CNSS : 2046854  
Id.Fiscale : 51485100  
ICE : 001084095000058

Le : 19/09/2020

SAYOUTI DRISS

FACTURE : 15928 du : 19/09/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ACLAV 1G §16	132,00	132,00	7,00%
2	DOLIPRANE 1G CPS/27	14,00	28,00	7,00%
1	FEBREX SS §8	20,00	20,00	7,00%
1	RHINO-FEBRAL GELULES	14,30	14,30	7,00%
Total TTC			194,30	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT QUATORZE DIRHAMS ET TRENTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	181,59	12,71	194,30
		181,59	12,71	194,30



# رينوفيفبرال®

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع ألام الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL®



20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de  
chlorphénamine 3,20 mg  
Acide ascorbique 100mg/gélule



6 118 0000 080497

UT.AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

AN, 35

756.836.12.17

# ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet*

**1g/125 mg**

**16** sachets

Antibiotique

Voie orale

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5



أَكْلَاف®  
أموكسيلين + حامض كلاغيلانيك

LOT : 7183  
PER : 08-20  
P.P.V : 132DH00

125 مع / 1 غ

16 كيسا

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

PPV: 14DH00  
PER: 06/21  
LOT: H1491



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

ADULTE

10 Comprimés

# Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

PPV : 14DH00  
PER : 03/23  
LOT : J991



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

# FEBREX®

**Sans Sucre**

**Adulte**

- Rhume
- État Grippeux
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



**8** Sachets de Granulés



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques

*Sans Sucre*  
Voie Orale

PHARMED | LOT : 2777  
UT.AV : 04-22  
PPV: 20DH00