

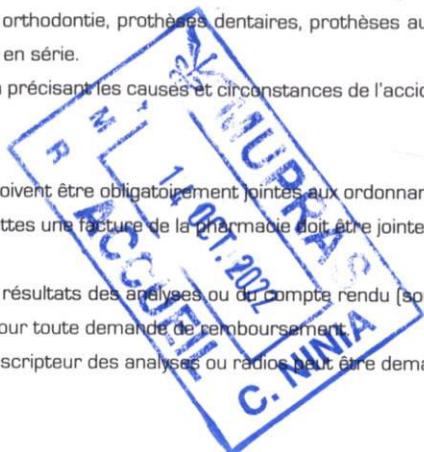
# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 : 5572

Société : 133227

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A CHMAoui ABDELHADI

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : hochihelle

Tél. 0699778914 Total des frais engagés : 1519,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

IYAL MOhammed Hachem  
Psychiatre  
INPE : 091137646  
tel : +212 522 05 15 15

Date de consultation : 06/01/2022

Nom et prénom du malade : A Chmaoui Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sad depression Abdehadi

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC 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 : Carthage 9

Signature de l'adhérent(e) : ml

Le : 06/01/2022

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
05/05/2022	CNAPSY		400 dh	INPE : 09137646 PSYCHIATRE +212 522 05 15 15 MOUJARRED HACHEM

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.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																											
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																																	
	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	11433553	35533411	35533411																				
	H	21433552																															
	D	00000000																															
	B	00000000																															
	G	11433553																															
	35533411	35533411																															
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																
	MONTANTS DES SOINS																																
	DATE DU DEVIS																																
	DATE DE L'EXECUTION																																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																	

Casablanca, Je. 06 octobre 2022

Mr. ACHMAOUI ABDELHAD

N3233 à 4

EXIDEP 10 MG COMPRIMES ENROBES



1 cp le matin

6x9813



ATHYMIC 30 MG

1 cp le soir

~~PHARMACIE AOURIR  
FOUDALI Khadija  
52, Rue Lagranta - Oasis  
Casablanca  
Tél : 0522 99 31 23~~

Traitements pendant 4 mois

~~PHARMACIE AOURIR  
FOUDALI Khadija  
52, Rue Lagranta - Oasis  
Casablanca  
Tél : 0522 99 31 23~~

~~7/8/358  
7/3/2022~~

~~PHARMACIE AOURIR  
FOUDALI Khadija  
52, Rue Lagranta - Oasis  
Casablanca  
Tél : 0522 99 31 23~~

~~Dr. TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre  
INPE : 091137646  
Tél. : +212 522 05 15 15~~

Le 01/02/2023 à 14h15



EXP : **132,30**

Lot N° **LOT 22002**

PPV **PER 01/24**

**PPV 132DH30**

EXP : **132,30**

Lot N° **LOT 22002**

PPV **PER 01/24**

**PPV 132DH30**



EXP : **132,30**

Lot N° **LOT 22002**

PPV **PER 01/24**

**PPV 132DH30**

EXP : **132,30**

Lot N° **LOT 22002**

PPV **PER 01/24**

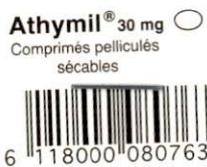
**PPV 132DH30**



**LOT 220757**  
**EXP 06/2025**  
**PPV 98.30DH**

**LOT 220757**  
**EXP 06/2025**  
**PPV 98.30DH**

**LOT 220757**  
**EXP 06/2025**  
**PPV 98.30DH**



**LOT 220757**  
**EXP 06/2025**  
**PPV 98.30DH**

**LOT 220757**  
**EXP 06/2025**  
**PPV 98.30DH**

**LOT 220757**  
**EXP 06/2025**  
**PPV 98.30DH**