

## 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.

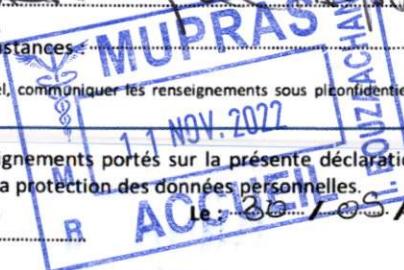
### Adresses Mails utiles

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>2813</b>	Société : <b>137089</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>AAJLANE SAADE</b>			
Date de naissance : <b>1949</b>			
Adresse :			
Tél. <b>0661312312</b>		Total des frais engagés : <b>508,00</b> Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>
Cachet du médecin :
<b>7. EL ALEM EL ALMI 761-05-22-29-29-15 AAJLANE Saadie Age: 73</b>
Date de consultation : <b>30-09-2022</b>
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté :
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 11 Nov. 2022**

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
10/10/2012	3	3000	3000	INP: 101046474 Dr. EL ALEM CARDIOLOGUE Tél: 05 22 29 29 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATLANTIC	30.09.12	208,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

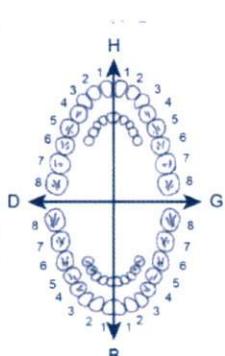
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

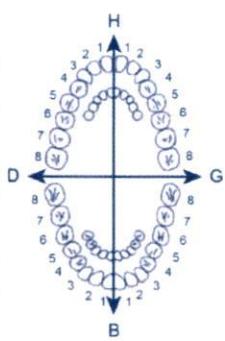
### VOLET ADHERENT

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

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ST: 220327  
DLUD: 04/2025  
87,00 DH

toires Deva Pharmaceutique  
Ancien Assistant Étrange  
de la Faculté de Médecine

37,00



Lot: 220361  
A consommer  
avant le: 05/2025  
PPC: 84,00 DH

Casablanca Le : .... 3.0. Sept. 2022

MedifATLANTIC

Regime pour X

37,00

1. Bisoprol 2,5mg

(a) 1/2 cuillère à soupe  
1 segment  
1 cuillère à soupe  
x 1 mois

2 = Reloxium 150  
1 goutte de 50ml  
1 mois

**PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS**  
Res Bab Salam, Imme A MO 2 D 11  
Nouaceur Casablanca  
Gsm : 0661 61 22 77  
ICE : 00307410/000314

15, Lotissement Ansari, Dar Bouazza - Casablanca. الدار البيضاء - تجزئة سكنية أنصارى دار بوعزة

Tel : 05 22 29 29 15 / 06 61 65 62 18 : - هاتف : E-mail : docteurelalmi@gmail.com : بريد الالكتروني

84,00  
3  
—  
208,00

NURAX Sidi Bouzid  
Dr. El ALEM El ALMI  
CARDIOLOGUE  
Tél.: 05 22 29 29 15

DR. EL ALEM EL ALMI  
CARDIOLOGUE  
Tél.: 05 22 29 29 15