

# 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.
- Une attestation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, exactions 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.

## Radio 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 :

- La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- Une attestation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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.
- Le 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 personnelles.

N° W21-767995

144769

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 02189 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MAATOUQUE Mohamed

Date de naissance :

1956 CASA

Adresse :

G T Rue 105 N° 6 OULFA  
CASABLANCA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 921,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MAATOUQUE Mol Age: 67 ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : CASA

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/07/2023	921,00

### 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
		A M	P C	I M	I V	

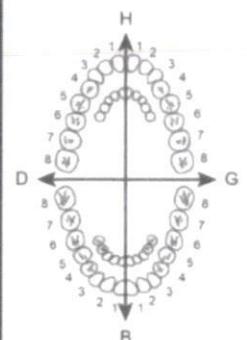
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

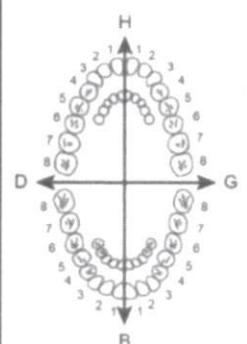
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

### CŒFFICIENT DES TRAVAUX

### MONTANTS DES SOINS

### DATE DU DEVIS

### DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Accidents vasculaires  
Maladie de Alzheimer, Maladie de parkinson,  
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies  
**Explorations Electroneurophysiologiques**  
Electroencéphalogramme (EEG)  
Electroneuromyogramme (EMG)

دiseases of the brain and nerves  
أمراض الأعصاب والدماغ  
أمراض الأعصاب والعضلات  
أمراض الدماغ (الشبكة)  
أمراض الأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

06.12.25

**Mr MAATOUQUI Mohamed**

1 DONZEP 10

469,00

LOT 202932 1  
EXP 10 2025  
PPV 469.00 DH

1 cp le soir pendant 3 mois

2 SEROPLEX

240,00

Maphar \*  
Bd Alkrimia N° 6, C,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

1/2 Cp le matin pendant 10 jours  
puis 1 Cp le matin pendant 3 mois

3 MEMANTINE GT 20 MG

212,00

Lot: TD0375C  
Per: 04/2025  
PPV: 212DH00

1 cp le matin pendant 3 mois

921,00



Dr. M.  
Medecin  
Médecin



# PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 02/01/2023

**FACTURE N°712093**

N° ICE : 000198418000024

**MAATOUQUI MOHAMED**

N° IF : 40456596

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SEROPLEX 10MG BTE 28	240,00	240,00	15,70	7,00
1	DONZEP 10MG BTE 28	469,00	469,00	,30,68	7,00
1	MEMANTINE GT 20MG/28CPS	212,00	212,00	13,87	7,00



**TOTAL T.T.C :**

**921,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	921,00	Montant :	60,25	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :*

*Neuf Cent Vingt Un Dirhams.*