

# 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.

Maladie

Dentaire

N° P19- 046029  
MUPRAS RECEPTION 15/12/2023

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4216 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JEMEL Bouchaib

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : Bloc N° 2

DEROUET

Tél. : 06 61 23 21 88 Total des frais engagés : 1174,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.3.2023

Nom et prénom du malade : Jemel Bouchaib Age :

Lien de parenté :  Filleme  Membre de la famille  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS Jemel Bouchaib

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 MAR 2020

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 : CASABLANCA Le : 20.1.2023

Signature de l'adhérent(e) :

issi

ACCUEIL

## 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
15/3/23	3		1(000)H	<p style="text-align: center;">PROFESSION</p> <p style="text-align: center;">KUJAT</p> <p style="text-align: center;">Angle Bd. Abdelmoum n n° 405 - Casablanca</p> <p style="text-align: center;">4<sup>th</sup> Etage N° 405 - Casablanca</p> <p style="text-align: center;">Tél.: 0522 86 21 93 - Fax: 0522 77</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
 Imm.94, lot NATTA 44-00 Tel: 05 23 51 67 00 N°: 06 20 74 81 0	15.03.23	774.10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

SACCHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحيبي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل  
والعظام والعمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

Casablanca, le : 15 MARS 2023

الدار البيضاء في :

Nom, Prénom :

Jemel Bouchaïb

39,50 x 1

10) No Myk 150



1gél / Seulement

x 6 Seulement

226,00 x 2

20) Sac kouig



22,80 x 4

20) Conkouig Steel



x 3 Mois

04 cpl/5 aps pr

Logéer  
x 1 Seulement

21) 93 cpl/5

x 1 Seulement

22) 2 cpl/5

x 1 Seulement

23) 1 cpl/2/5

x 3 Mois

60) Wharereit for S.V. Second  
 1cp 3x(1) x 28,80 x 2

100) Magazene S.V.  
 1cp/1g all 226,00  
 99,00

60) Dermoval S.V.  
 1app/1jour x 1 Moi

774,10

LOT : 22E006  
PER : 05/2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 1180000160345

LOT : 22E005  
PER : 05/2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 118000 060345

LOT : 22E005  
PER : 05/2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 1180000160345

LOT : 22E005  
PER : 05/2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80

6 1180000160345

LOT 224377  
EXP 08/25  
PPV 390H50

ID:660635  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:17,40 DH  
6 118000 161295

PPV  
LOT  
PER  
ID:651174  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:17,40 DH  
6 118000 161295

PPV  
LOT  
PER  
28,80

gmine  
MBAS 0725 ig  
LOT PER  
Prix  
99,00