

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0005889

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R, A, M
 Actif Pensionné(e) Autre : 157349
 Nom & Prénom : Rouissi TAHNA
 Date de naissance : 11/11/1951
 Adresse : 10 ALLEE Damane de Res du palais FTG
 1 APT 3 Tontonville
 Tél. : 0637826793 Total des frais engagés : 2803,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : ROUSSI TAHNA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur osseuse + ostéoporose

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 : Casablanca

Le : 14/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 05.22.25.28.29.31	21.3.23	2503,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow pointing upwards from tooth 1, a horizontal arrow pointing to the left from tooth 8, and a horizontal arrow pointing to the right from tooth 4. The teeth are arranged in a standard dental arch pattern, with the upper arch showing a slight curve and the lower arch being more straight.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. N. Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام والمخاصل

Diplômé de l'Institut de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique

خريج كلية الطب ببنات
رئيس قسم وجراح مستشفيات بنات
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمخاصل



Casablanca, le :

21.3.2011

Mr. (Mme) : Rouissi TAHRA

السيد (ة) :

T = 2503,50

0 GAPREX 25 mg

109,20

1/1 Et 601

35,50

+3

0 BECIDOUZE

1/1 Et 30

2289,100

0 BECIDOUZE

Dr. N. LATIF IDRISI

75, Bd Massira Al Khadra - 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07

Rouissi TAHRA
MLE 451

GAPREX® 25 mg

60 Gélules



6 118000 072157

LOT 224359

EXP 06/25

PPV 109DH20

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10 EXP 12/2025

LOT 20007 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10 EXP 12/2025

LOT 20007 1

BECIDOUZE® 20 dragées



6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées



6 118000 031192

PROLIA 60mg

Solution injectable.

Boîte de 1 seringue pré-remplie

AMM N° 555/17 DMP/21NRQ

PPV : 2289,00DH

Titulaire de l'AMM au Maroc : SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 071821

Prolia® 60mg
Solution injectable, boîte de 1 seringue pré-remplie



6 118001 071821

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10

EXP 11/2025

LOT 28002 3

BECIDOUZE® 20 dragées



6 118000 031192