

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-621408

157982

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1512	Société : RAM.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Canaloptri Med
Nom & Prénom : LARHOUFI TRI Med			
Date de naissance : 1951			
Adresse : TALIB EL KHEIR lot 27 Rue 12		Ap. 8 Blmoussi Casab.	
Tél. : 06 614 22002		Total des frais engagés : 648,30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR. ARAOUR FATIMA EL FAJR! Expertise assermentée près les tribunaux Omnipraticienne - Echographie Colposcopie Tél : 05.22.73.83.18	
Date de consultation : 12/04/2023	Age : 1960
Nom et prénom du malade : L'AKHOUMI SMAR	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : aff. digestive + gynéco	
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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles	
Fait à : Casab	
Signature de l'adhérent(e) : A.	



### 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
12/4/2023	C	0	150 <sup>00</sup>	INPE 09111981 DR BOUR FATIMA EL FAJRI Copie conforme - Echographie Ref : 05.22.73.83.18

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR BOUR FATIMA EL FAJRI Copie conforme - Echographie Ref : 05.22.73.83.18	12/04/23	330,30

### 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	
DR BOUR FATIMA EL FAJRI Copie conforme - Echographie Ref : 05.22.73.83.18	12/04/23	6	1	0	0	78,00 D.F.

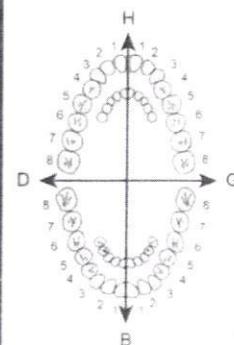
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

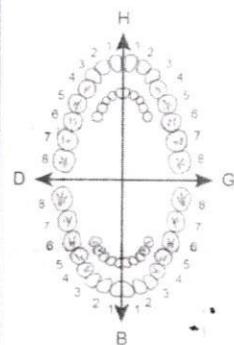
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433582
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	

B

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

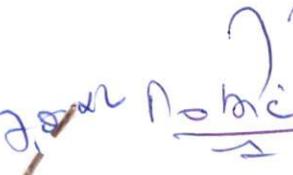
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

Casablanca, le : 12. 4. 2023 الدار البيضاء، في :

330 1000 N. 55 x 61 LAKHOUADRI S. A. A. D. I. A. 

Rythme

1 cp à 2 / . après repos

330 1000 N. 55 x 61 7-2

رقم 99 بدار، خصبة النعمان البرنوسي 2 - البيضاء - الهاتف: 05 22 73 83 18

N° 99 Bd. Abou Hanifa Noâmane Bernoussi II - Casablanca - Tél.: 05 22 73 83 18

Dr. ARAOUR FATIMA EL FAJRI  
Expert assermentée près les tribunaux  
Omnipraticienne Echographie  
Colposcopie Tel: 05 22 73 83 18

Curogyl D5



8 051128 635522

220643

Lot :

A consommer de

préférence avant le :

08/2025

PPC : 89,50 DH

25,00



6 118001 040131

MOBIC 15mg / 1,5ml (Meloxicam)

Boîte de 3 ampoules injectables

BOTTU S.A.

PPV : 37 DH 00

6 118001 040131

MOBIC 15mg / 1,5ml (Meloxicam)

Boîte de 3 ampoules injectables

BOTTU S.A.

PPV : 37 DH 00

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bneu al aquam roches  
noires casablanca

INTEMUM

20 mg

Boîte 14

Cpr GR

640150 DMP/21/NRQ

6 118001

020591

PPV : 82,10 DH

LOT : 753

PER : MAR 2025

PPV : 37 DH 60

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bneu al aquam roches  
noires casablanca

INTEMUM

20 ml

Boîte 14

Cpr GR

640150 DMP/21/NRQ

6 118001

020591

PPV : 82,10 DH