

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5104

Société : R A M 158699

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Rachid Mohamed

Date de naissance : 1954

Adresse : 55 Rue A. Ballkarim Kalthi Benchehd

Tél. : 0654587602

Total des frais engagés : 937,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/04/2023

Nom et prénom du malade : R.A.Dj. Khoussaini

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diclofenac + F.A + gastrolyc + mynot

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 : Docteur R.A.Dj.

Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17/04/2023	C	1	200	Docteur SADI HOUSSAINI Nafis Médecin Dentaire 16, Rue Alia Bnou Nafie BERRECHID - Tel.: 33.73.21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 062025911	12.04.2023	737,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

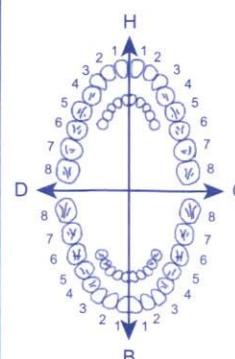
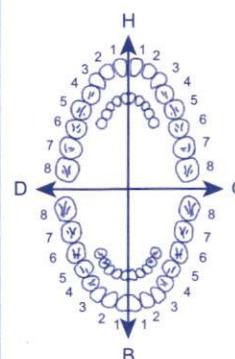
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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	Coefficient des Travaux	
					
					
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
				H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G	Coefficient des Travaux
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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'EXECUTION

Dr. Araqi Houssaini Najib

MEDECINE GENERALE

Echographie Générale

Ex. Médecin Chef des Forces

Royales Airs de Casablanca

Expert assermenté auprès des Tribunaux

Spécialiste en médecine de travail

الدكتور عراقي حسيني نجيب

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بالقوات

الجوية الملكية بالدار البيضاء.

خبير محلل لدى المحاكم

17/04/2023.

RADI Kembouckia

79,50

① Natr. sans 1,0 / Knig SV

65,00 1^{er} M le mat.

② Medzaf 86ug 1^{er} M

60,40 le mat

③ Amaral 2nd M 10/11

95,40 le mat

④ Zoles 20ug 2 gel 1/1

18,20

⑤ A longs 180ug 1gel

419,00

⑥ Forxiga 10ug 1M

737,90

06 62 07 65 56 - المحمول : 05 22 33 73 21 - زنقة عقبة بن نافع برشيد

16, Rue Okba Nafie - Berrechid - Tél. : 05 22 33 73 21 GSM : 06 62 07 65 56

Berrechid - Tél. : 05 22 33 73 21

ZOLUS 20 mg
Boîte de 28 gélules



6 118000 311287

95,40

Losartan
30 comprimés pelliculés



6 118000 360148



6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14011124



AMAREL 2MG
CP 830
LOT : 226003
PER : 06/2025
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

Maphar
Bd Aïkma N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

LOT: M0959
PER: 02/2025
PPU: 18,20DH

1 Gélule
Deva Pharmaceutique



6 118000 410140