

## 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° W19-474602

**AG3189**

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

**432**

Société :

**12.17.11**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**OUARTI MUSTAFA**

Date de naissance :

**1.1.1939**

Adresse :

**45 Rue Bouskoura 1000, Casablanca**

Tél. :

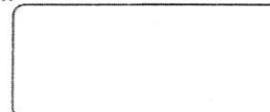
**0661144213**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**10 AVR 2023**

Nom et prénom du malade :

**OUARTI MUSTAFA**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Bursite Throite tendinitis ancienne**

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.

**31 MAI 2023**

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 :

**ACCUEIL**

Le : **31.05.23**

Signature de l'adhérent(e) :

**2023**

## **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
10 AVR 2023			€ 0	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tel: 05 23 12 00 00 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE L'OPERA</b> <b>Mme. Souad AMOR</b> <b>82, Rue Mohamed Bahi</b> <b>Casablanca - Tel: 0522 23 11 72</b>	10-04-83	194, 90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		$\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la profession		
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

Rajaâ BENNIS

PPV  
LOT  
PER

50160

TAIRE DE RHUMATOLOGIE

des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR (PA) DE MEDECINE INTERNE

Ancienne Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ex. Résidente Extrangère des Hopitaux de Paris



## الأستاذة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم  
أخصائية في أمراض العظام و المفاصل  
أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

10/04/23

87.120

87.70

M. QUARTI Mustapha

1) Vascor 35

1 cp x 2/j x 1 mois

50.60

2) Prinova B cp

56.60 1 cp x 2/j

3) Difusitene inj

104.95 m = 2

PHARMACIE DE L'OPERA  
Mme. Souad AMOR  
82, Rue Mohamed Bahi  
Casablanca - Tél: 0522 23 11.72

x 1 mois

Maroc

Dr. Rajaâ BENNIS  
Professeur de Rhumatologie  
76, Bd. Abdelloumen-Casablanca  
Tél: 0522 23 73 73