

# 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 vont 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 caractère personnel.

Nº P19- 066572  
163333

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : LAARISSI 04804 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAARISSI Abdellah

Date de naissance : 13.01.1960

Adresse :

Tél. : 0666353691 Total des frais engagés : 470,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. BEN SAÏD Mounir**  
**Anesthésie Réanimation**  
**Clinique Chaouia**  
**3, Rue OKBA IBNOU NAFII**  
**Bérechid**  
**NPPE:061164067**

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAARISSI ZAINEB

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Bronchite

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 :

Le : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Age : 59

Enfant

#### **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
05/07/23	Consultation	300,-.-		
				DR. A.H. Moustapha Réanimation Le chaode IBNOU AAFII rechid 61164087

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MARIARA Dr. Amina LAMIRI 26, Bd. Brahim Roudad Wardia - Berrechid	07/04/23	170,20

## **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:**

Veuillez 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 3D grid of spheres arranged in a cube-like structure. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right. The depth axis is represented by a diagonal line from the bottom-left to the top-right. Each sphere is assigned a number based on its position in the grid. The numbers follow a pattern where each row and column increase sequentially from 1 to 8. The spheres are located at the intersections of the grid lines, with some spheres missing or overlapping.

**[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



ORDONNANCE

Berrechid, le ..... 8/11/93 .....

DR ZAINEB CHAOUIA

138,30

1) Augmentin 500g



14,60

2) Lyza 3% pendant 8;



17,30

3) Clifmane 500g



= 170,20 Lyza 3% (1/2 h avant l'op)

Pharmacie MARHABA  
Dr. Amina LAMIRI  
26, Bd. Brahim Roudani  
Wafiq - Berrechid

pendant 3;

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 05 22 33 66 62 Fax: 05 22 57 58

Dr. BEN SALAH MOURAD  
Anesthésie Réanimation  
Clinique Chauia  
3, Rue OKBA IBNOU / LAIFI  
Berrechid  
INPE: 061164077

PPV : 138,30 DH  
LOT : 648970  
PER : 01/24

**CLOPRAME® 10 mg** 40 comprimés sécables

PPU 17DH30  
EXP 10/2025  
LOT 28064 3

PPV 14DH60  
PER 12 / 25  
LOT L4164