

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

- 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

Contraire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1110	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAARIFI LARBI
Nom & Prénom :		LAARIFI LARBI	
Date de naissance :		01-01-1952	
Adresse :		VILLA 16 RUE 1 MAY ELIOUD	
Tél. :		0661139022 Total des frais engagés : 515,30 Dhs	

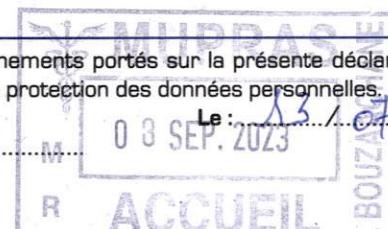
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Leila BEKKAI 134, Bd. El Fida Hay Yasmine Tél.: 0661 56 93 14		
Date de consultation :	13/07/2023		
Nom et prénom du malade :	EL FARONKI Malika Age: 65 ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gonarthrose Sevère		
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 : 13/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-80814

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1110

Nom de l'adhérent(e) : LAARIFI

Total des frais engagés : 515,30

Date de dépôt :

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
13/7/2023	Ca	1	150 DH	<i>Dr. Yassine BAKA 134 Bd. El Rida 101 Yasmine tel: 0667 56 93 14</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Tamer Dr. BAKA Tel: 05 22 33 08 22	13/07/23	395,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	00000000	00000000			
D	00000000	00000000	G		
	35533411	11433553	B		
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Docteur BEKKAI Laïla

الدكتورة البكاي ليلى

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de Dakar

الطب العام

خريجة كلية الطب بدكار

Berrechid, Ie: 13:18 Hay Ya
Yashma 18:19 93 23

ORDONNANCE

Dr. B. El Fatouki - EL Fatouki Malik

(d) + Curcumin gel

~~18800~~ 1- 0- i x 03mow

2) Pi Asclepines 300 mg q 12h

~~2480 0 - 1 - 0~~
③ - BiPAL 25 mg 4.

$$M_{\text{SOB}} = 0 - L \propto 3^{\text{max}}$$

$$\text{Ansatz 1000 eff} \\ \frac{1 - e^{-\lambda t}}{1 - e^{-\lambda T}} \approx 15 \text{ years}$$

Treatment de
03 mois

1,395,30

Dr. Leila BEKKA
134 Bd El Fida Hay Yasmine
Tel.: 0661 56 93 14

134، شارع الفداء حي ياسمينة، الطابق الأول - برشيد - الهاتف : 06 61 56 93 14
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1er Etage - Beerechid - Tél: 06 61 56 93 14

PRETNERVEUX

①

LOT : 220779
DLUO : 10/2025
139,00 DH

②

PPV 188.00 DH

2023-03-04 15:20:00

③



④

EXP:
LOT N°:

14,50

EXP:
LOT N°:

14,50

EXP:
LOT N°:

14,50