

# 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.

✓ 26/07

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12327		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOA GHRI + FILALI Noumér			
Date de naissance : 02/09/1985			
Adresse : Les villas Des prés N° 137 DAR BOUARZA Casablanca			
Tél. : 0661 08 77 75	Total des frais engagés : 676,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

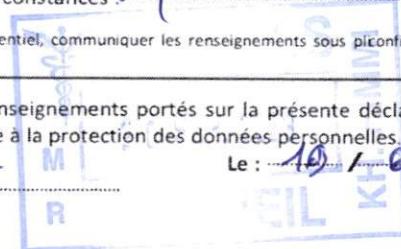
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Docteur YOUSSEF BOUJEMAA PEDIATRE 190, Rue Mustapha El Maâni CASABLANCA	
Date de consultation : 23/06/23	Age:
Nom et prénom du malade : MOA GHRI + FILALI, RAYAN	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Souffre d'un rhume	
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/09/2023



VOLET ADHERENT

## **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
23.06.03	CG	1	300	INP : 091130659 M. YSEF DIA Moustapha ABALANCE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/06/23	376,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉ 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000	00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
B	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel; Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Docteur YSSEF Boujemaâ**

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité  
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni, Casablanca

**الدكتور يوسف بوجمعة**  
اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرونويل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190، زنقة مصطفى المعاني الدارالبيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10  
05 22 22 01 46  
05 22 22 21 48 } هاتف العبادة

GSM : 06 68 79 27 94 المتنقل:

Sur rendez-vous **بالموعد**  
Casablanca, le 23. 06. 23. **الدارالبيضاء**

N & M PHARMA  
PHARMACE DES PRES  
Dar Bouazza  
Tél: 05 22 89 75 61

**MDA GH Ri Fi'LAL' RAYAN**

21,50 Esquefus'la Pro **SV**  
1 Supp wt et Sun x 6j/le

40,00

Effipro est 20

**SV**

1cp le matin x 6j/sem eh  
stop

93,610 x 3  
0 fiken 100 g røgelse x 3 SV

4: 25 mlt et sæt x 15,-

34,70

pectryl sirop



1C øsorpe, mlt et sæt  
15,-

Avant des  
Mpm

لبنان  
Boujemaa  
جبل طارق  
Bil Maani  
نها NCA

PPV 34DH70 EXP 01/2026  
LOT 20029 3



# Coquelusédal Paracétamol 250

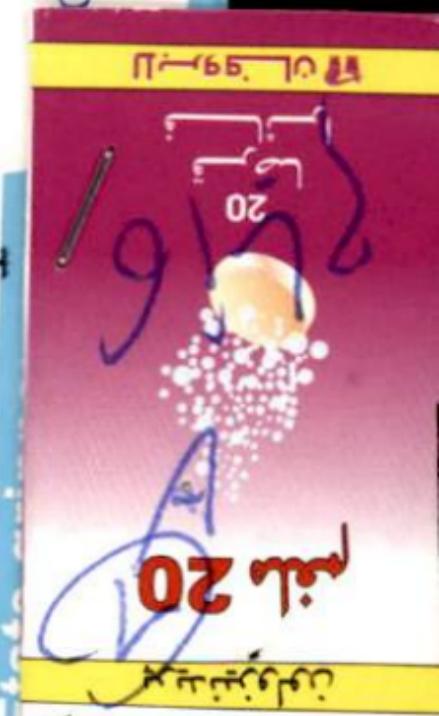


ENFANTS

12

ositoires

LOT 221516  
EXP 05 2025  
PPV 21.50 DH



PPV 400DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 13

# أوفيكين®

سيفيكسيم

100 ملغ \ 5 ملل

مسحوق معلق للشرب

60 ملل عن طريق الفم



## الأطفال



300 جرعة/كلغ

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة صباح منتصف النهار مساء قبل وبعد



سوطيمـا Sothema

93,40

# أوفيكين®

سيفيكسيم

100 ملغ \ 5 ملل

مسحوق معلق للشرب

60 ملل عن طريق الفم



## الأطفال



300 جرعة/كلغ

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة صباح منتصف النهار مساء قبل وبعد



سوطيمـا Sothema

93,40

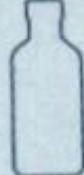
# أوفيكين®

سيفيكسيم

100 ملغ \ 5 ملل

مسحوق معلق للشرب

60 ملل عن طريق الفم



## الأطفال



300 جرعة/كلغ

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة صباح منتصف النهار مساء قبل وبعد



سوطيمـا Sothema

93,40