

## 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.

Nº W21-813379

A 2605

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>12327</b>	Société : <b>RAN</b>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>MDAGHRI FILALI TOUNSI R</b>		
Date de naissance : <b>02/09/1985</b>		
Adresse : <b>Les villas Des Prés N° 137 DAR BOUAZZA Casablanca</b>		
Tél. : <b>06.61.08.77.75</b>	Total des frais engagés :	<b>258,80 Dhs</b>

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	<b>Docteur Sanaa LAMRANI</b> Médecine Générale Complexe ATTAWIHD CH22 IHAM 149 RDC 4, villa Errahma 2. Tél. 0522-29-73-10
Date de consultation :	<b>13/09/2023</b>
Nom et prénom du malade :	<b>MDAGHRI FILALI TOUNSI R</b> Age : <b>40 ans</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjointe <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>MDAGHRI FILALI TOUNSI R</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<b>MDAGHRI FILALI TOUNSI R</b>
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 cause relative à la protection des données personnelles.  
**Fait à :** **CRSP** **Le :** **13/09/2023**  
**Signature de l'adhérent(e) :** 

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
13/09/23	CA	1	#130,00*	INP : 09/18/2023 Médecine Générale Dr. Sanaa LAMRABIT N° 422 IMI 149 Frais 2. Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Géante d'Ifrâma Lot. Madinat Ifrâma 2 Lot.34 Dar Bouazza - Casablanca Tél/Fax: 0522 01 34 13	13/09/93	128,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
	<b>DENTS TRAITÉES</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>NATURE DES SOINS</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																			
						<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"/>																	
					<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
							H	25533412	21433552														
								00000000	00000000														
							D	00000000	00000000														
								35533411	11433553														
B																							
		<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"/>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																							

**Omnipraticienne  
Médecine d'Urgence**

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie De Casablanca
- Certificat de Médecine d'Urgence et d'Oxyologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

—  
**Docteur Sanaa LAMRANI**  
Médecine Générale  
Complexe ATTAWHID GH22 IMM 149  
RDC 4, Ville Errahma 2  
TAI 0522-99-22-13



**طب العام  
طب المستعجلات**

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
شهادة طب المستعجلات بكلية  
الطب والصيدلة بالدار البيضاء

RDV : .....  
Contrôle : .....  
Consultation : .....

13 SEPT 2023

Plaquette La "Santa Errahma"  
Lot. Madinat Errahma 2 Lot. 34  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 0522 99 22 13



12,80      Soleprave 300

11

58,00 x 2      1-32

L) ARNICA gel

12,80

198,80

Docteur Sanaa LAMRANI  
Médecine Générale  
Complexe ATTAWHID GH22 IMM 149  
RDC 4, Ville Errahma 2  
TAI 0522-99-22-13

المجمع السكني التوحيد ج 22 عمارة 149 الطابق السفلي رقم 4 مدينة الرحمة 2

Complexe ATTAWHID GH22 IMM 149 RDC 4, Ville Errahma 2.

Tél : 05 22 89 23 18 - GSM : 06 93 80 76 86 - Email : lamranisanaaaa@hotmail.fr

**ADDAX**  
EXPERT

**ADDAX**  
EXPERT

**ARNICA gel**

**ARNICA GEL**  
LOT: DST22  
EXP: 06/2026  
PPC: 68.00DH

**ARNICA gel**

**ARNICA GEL**  
LOT: DST22  
EXP: 06/2026  
PPC: 68.00DH

**DOULEURS & FIEVRE**

15 à 24 kg

10 Suppositoires



PPY 120980  
PER 05/26  
LOT M1833

12180

**Doliprane®**  
Paracétamol  
**300 mg**