

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.

Radioologie 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.

M23-0025855
AA327

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e).

Matricule : *7122*

Société : *RAN*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ALZENNOURI Ahmed*

Date de naissance : *20/12/1955*

Adresse : *Bouskoura golf City Im 32 App 6 Ville Verte de Bouskoura*

Tél. : *06 69 77 46 33* Total des frais engagés : *19.93* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *ALZENNOURI Ahmed* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *DT2 Multi-emplaque*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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* Le : *13/10/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
11/10/23		03	300,00	Dr Saloua ELAMARI Pr assistant Endocrinologie maladies métaboliques et nutrition INEL 01210074

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formateur	Date	Montant de la Facture
	11/10/23	1693,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE DES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de pr

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS

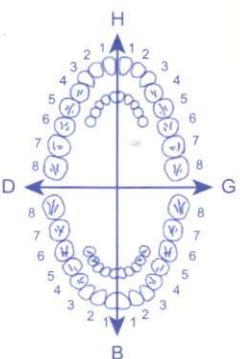
8-695-73-280-3

6 118001 121403

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

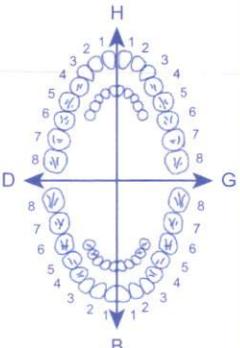
Natu So



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



[Création, remont, adjonction Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la pro

Lot 34403

Exp 08/2025

Fab : 09/2022



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NSHV
03/2025
10/2022

Maphar
Bd Alikima N° 6, Qi,
Sidi Barnoussi, Casablanca
Crestor 20mg 30ml b30
P.P.V : 250,00 DHS

Maphar
Bd Alikima N° 6, Qi,
Sidi Barnoussi, Casablanca
Crestor 20mg 30ml b30
P.P.V : 250,00 DHS

Maphar
Bd Alikima N° 6, Qi,
Sidi Barnoussi, Casablanca
Crestor 20mg 30ml b30
P.P.V : 250,00 DHS



ORDONNANCE

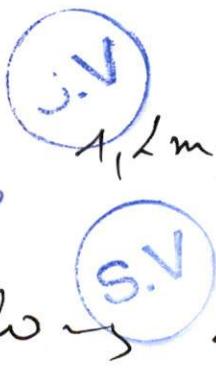
Bouskoura, le :

11/10/2023

Al - zemmour Ahmed

M63.0

- 1) Victoza 1,lmgs en Ing SIC
~~250.0 + 250.0~~ ✓
2) Luster 20 → 1cp/5



V de 30 ans



Dr Saloua ELAMARI
Praticien traitant
Endocrinologie, maladies
métaboliques et nutrition
Av. Hassan II 10000 Casablanca