

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.

N° W21-819648

18/11/94

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4410 Société : RAIM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAHIR ABDEL MAJID

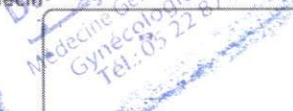
Date de naissance : 06/11/63

Adresse : N° 07 RUE 1 HAY EL OUROUJ.

Tél. : 06 42 04 35 96 Total des frais engagés : 665, 7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/01 16:23

Nom et prénom du malade : MESSAOUINA CHAFIT AOUNI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète - obésité

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Anne

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) :

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
19/10/2023			200 HT	INF : 091038208
20/10/2023			Act	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																																												
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Coefficient <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>										
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 																																												
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																														
H	25533412	21433552																																										
D	00000000	00000000																																										
B	35533411	11433553																																										
G																																												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																												
DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																												

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
Nutrition Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوص

الطب العام

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)
التغذية، الحمية (ريجيم)
طب النساء



ORDONNANCE

Casablanca, le : 19 Mai 2013 الدار البيضاء في

MES SOUVENT A CHEFCHAOUEN



PPU 99DH80
EXP 06/2026
LOT 33022 5

1 grefl a 2 b



200g

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie

Nutrition- Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale



أمل بوصفت

لعام

عس بالصدى (التلفظ)

التغدية . الحمية (ريجيم)

طب النساء



ORDONNANCE

Casablanca, le 21/10/2023

الدار البيضاء، في

MUSOUMI A KIFACHAON

Fumage

PPV:

EXP:

Lot N°:

Vita C 1000

PPV 15DH10

Vita C 1000

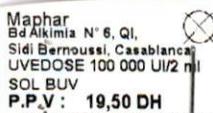
PPV 15DH30

Vita C 1000

PPV 15DH30

EXP 04/2026

LOT 340375

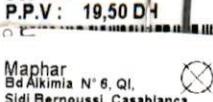
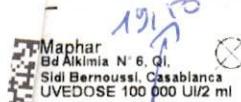
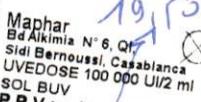


ut de 01 mois

Vita C 1000

05 22 87 27 74 . الهاتف :

806, Bd El Qods - 1er Etage Ap



~~Nuva-some~~

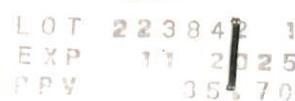
18/10/15

~~35,70~~
~~+ 2~~

~~Alpha-sigma~~



1 cp 18/10/15



1/2 cp 18/10/15

1 cp 18/10/15 ~~14 jours~~

~~26/10/15~~
~~22/10/15~~
~~22/10/15~~

