

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'égar à caractère personnel.

M23- 0024402

A 92534

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : RF. A. T.

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : LAFRINDI MOHAMED

Date de naissance : 21/08/1948

Adresse : Providence el Jadida

Tél. : 0661163932 Total des frais engagés : 747,70 + 100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/01/2024

Nom et prénom du malade : RAMOUN ESEDYA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Renouvellement d'un acte précédent

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 29 JAN. 2024

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 29 JAN. 2024

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 : El Jadida Le : 23/01/2024

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/11/24			700,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/24	747,70 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR AICHA EL BELIDI

Médecine Générale
 D.U gynécologue obstétrique médicale
 Infertilité du couple – Colposcopie
 Faculté de médecine Mohamed V
 Rabat - Souissi



الدكتورة عائشة البلعيدي

الطب العام
 دبلوم جامعي في طب النساء والعمق
 عند المرأة والرجل، الفحص بالمعهر
 بكلية الطب - جامعة محمد الخامس
 بالرباط السوسيسي

El Jadida : ٢٣/٠١/٢٤ الجديدة في

RAMOUN ESEDYA

267,50

F Boost.

90,00



Avelis

1

Repadina

171,80



2

Cipro dina 500 mg

60,00



3

Enter 2

131,90



4

Carafilucan

150

26,50



Vit C 1000



747,70



Lot N° : FB05

Exp : 04/2025

PPC : 267,50 DH

MA 21 REV 01

Repadina®

Crème

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 0,2%

Crème à usage externe

PPC : 90,00 DH

LOT : M0059

EXP : OCT 2026

PPV : 171,80 DH

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1,

Ain sebbâ Casablanca

Enterogermina 2 milliards

susp b 0 fl 5 ml

P.P.V : 60,00 DH

6 118001 081653

LOT : 1884

PER : 07-25

P.P.V : 131 DH 90

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

PP.V. : 26,50 DH

6 118000 190936

السلام 1. عمارة 715 رقم 1 الطابق الأول - الجديدة **
 GSM : 0612.02.94.76