

# 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.

M23-0018779

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	8094	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	194638
Nom & Prénom :		LOUANJLI ADIB	
Date de naissance :		28.04.1961	
Adresse :		Rue 10. N24. Dar Jardins Majbar. California	
Tél. :		06.61.42.36.99	
		Total des frais engagés : 3160,10 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr ALAOUI F. Youssef O. R. L. 34, Bd. Zerkouni - CASA Tél. 27.26.92 - 27.28.00		
Date de consultation :	06.02.2024		
Nom et prénom du malade :	LOUANJLI ADIB		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Affection gse + diabète type 2		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## 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
06 FEV. 2024				<p><i>C</i></p> <p><i>G. Z. F. YOUSSEF</i></p> <p><i>Dr ALAOUI F. YOUSSEF</i></p> <p><i>D. R. L.</i></p> <p><i>34, Bd. Zerkouni - CASA</i></p> <p><i>27.26.92 - 27.28.00</i></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr ALAOUI F. YOUSSEF</i>	06.02.24	3160.40

## ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

## 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	Coefficient	
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALAOUI F. Youssef

SPECIALISTE  
Nez - Gorge - Oreilles

CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

EXPERT ASSERMENTE PRES  
DES TRIBUNAUX

34, Bd Zerkouni (Angle Rue Agadir)  
CASABLANCA

Téléphone 05 22 27 26 92  
05 22 27 28 00

Sur Rendez-vous

الدكتور العلوي الفضيلي يوسف

اختصاص في أمراض الأنف ، الخجولة الأنف  
و وجراحة الوجه و العنق  
غير ملحوظ لدى المحاكم

34، شارع الزرقطوني (ملتقى زنقة أكادير)  
الدار البيضاء

05 22 27 26 92 الهاتف  
05 22 27 28 00

بالموعد

Casablanca, le ..... 06 FEV, 2024

70.70

A21 x 50

98.80

Neofortan

6 x 70.00 x 6

Jardiance

407.60

Stagid 700 mg

T = 3160.10



Dr ALAOUI F. Youssef

O. R. L.

4, Bd. Zerkouni - CASA  
J. 27.26.92 - 27.28.00



PPV : 479 DH 00



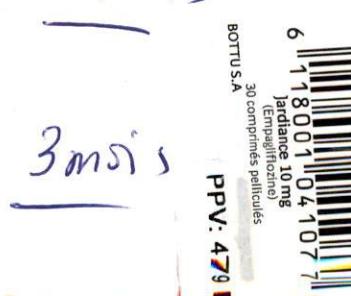
NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 08/2026  
LOT 36028 1



6 118001 04 1077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A 313839-02

PPV : 479 DH 00



6 118001 04 1077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A 313839-02

PPV : 479 DH 00



LOT 231314  
EXP 04 2026  
PPV 107.60