

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040932

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1213727 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIRI SAADIA

Date de naissance : 21/03/1953

Adresse : 285 LAMAAJAT TAROUJANT

Tél. : Total des frais engagés : 593,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040932

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Ho  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



RELEVÉ 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
18/12/2023	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale		200.000	Dr. Jamal DOTF Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ELMAADJAL</p> <p>Dr. FAOUZI EL Mustapha</p> <p>5hours Dab Zorgane Av Hassan</p> <p>Taroudante Tel : 05.28.55.78.70</p>	15/11/2023	353.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

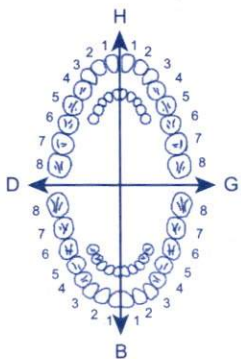
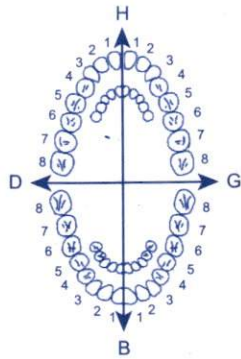
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. JAMAL LOTF**

Spécialiste en oto-rhino-laryngologie  
et chirurgie cervico faciale



**د. جمال لطف**

طبيب اختصاصي بأمراض الأذن والأنف  
والحنجرة وجراحة الوجه، العنق والفك

**CABINET Dr. J. LOTF**

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Taroudant, Le: 18/11/2023 : تارودانت في:

Nom et Prénom: Saadia Jari : الإسم والنسب:

**Note D'honoraire**

C s

Reçu : deux cent dix

-Reçu : ..... DH -

**Dr. Jamal LOTF**

Spécialiste en  
Chirurgie maxillo-faciale

Bureau N°  
Bab Zourgane - Taroudant

tél : 05.28.85.25.92 0412 2072

Complexe Commercial Al badiaa 1<sup>er</sup> étage N°87

Bab zourgane - Taroudant



المركب التجاري البديع الطابق الأول رقم 87  
باب الزركان - تارودانت



cabinet.jamal.lotf@gmail.com



05 28 85 25 92

LOT: KA22870  
PER: 07-2024  
PPV: 131,00DH

S-peram 10 mg ○

Comprimé pelliculé B/30



6 118001 102938

LOT: KA22870  
PER: 07-2024  
PPV: 131,00DH

S-peram 10 mg ○

Comprimé pelliculé B/30



6 118001 102938

LOT: KA22870  
PER: 07-2024  
PPV: 131,00DH

S-peram 10 mg ○

Comprimé pelliculé B/30



6 118001 102938



Dr. JAMAL LOTF

Spécialiste en oto-rhino-laryngologie  
et chirurgie cervico faciale



د. جمال لطف

طبيب اختصاصي بأمراض الأذن والأنف  
والحنجرة وحجاجة الوجه، العنق والفك

CABINET Dr. J. LOTF

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Taroudant, Le: 18/12/2023 : تارودانت في:

Nom et Prénom: M. Saadia Fanni : الاسم والنسب:

2) - specul 10

131, w 3  
= 393, w

161, i



PHARMACIE ELMAADYATE  
Dr. FAOUZI EL Mustapha  
155 hors bab Zougarne Av Hassan II  
Taroudant - Tel: 05 28 55 18 70

PHARMACIE ELMAADYATE  
Dr. FAOUZI EL Mustapha  
155 hors bab Zougarne Av Hassan II  
Taroudant - Tel: 05 28 55 18 70

DEFECTE

Complexe Commercial Al badiaa 1<sup>er</sup> étage N°87  
Bab zougarne - Taroudant

المركب التجاري البديع الطابق الأول رقم 87  
باب الزركان - تارودانت

cabinet.jamal.lotf@gmail.com

05 28 85 25 92



**CARTE DE VEUVE**

**FARIRI SAADIA**

**Veuve ER-RAJI MOHAMED**

**0000234**



القوات المسلحة الملكية  
royal air moroc