

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

**Maladie**

**Dentaire**  
Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 041 Société : 204897  Autres

Actif  Pensionné[e]

Nom & Prénom : Art Mouloud Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

**Optique**

**Autres**

Total des frais engagés : 08 Mai 2022 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent[e] : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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
10/04/24		2	2024	<i>(Handwritten signature over a blue oval stamp)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSARIS Dr. I... Gare R... Derb Kabil N° 30 - Casab... Tél : 05 22 82 07 55	10/04/24	216,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> 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>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 00000000	<b>MONTANTS DES SOINS</b>
	H 00000000 35533411	G 00000000 11433553	B 00000000 00000000	<b>DATE DU DEVIS</b>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. LAHLOU LAHRICHI Rajae

Spécialiste Diplômée de la Faculté  
de médecine de Bordeaux  
Maladies et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge  
Chirurgie de la Face et du Cou  
.Ex-Médecin chef de service d'O.R.L.  
a l'Hôpital Mohamed V - Casablanca



الدكتورة لحلو الحريشي رجاء

حاصلة على شهادة الاختصاص

من كلية الطب بيوردو

أمراض وجراحة الأنف - الأنذن - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

رئيسة سابقًا لمصلحة أمراض الأنف - الأنذن - الحنجرة

بمستشفى محمد الخامس - الدار البيضاء

Casablanca le : .....

10/07/2024

أve ATT Rouleau  
Rahmeh

38,40  
GAVIOTON S.V. Dachra

PHARMACIE MOUSSAÏD  
Dr. L. Moussaid  
Gare Routière  
Derb Kabi N° 38 - Casablanca  
Tel. : 02 22 82 07 55

40,50 ₣  
21 Tarek S.V.  
88,80 + 80,80 ₣  
31 Coudert S.V.  
81,60 ₣  
LBBM 008 AHRICHI Rajae  
Bd. Gd. Ceinture, N.M. 008 21  
Tel.: 07 15 61 89 21

زاوية شارع الحزام الكبير (فوق التجاري وفابنك) - الحسي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 60 18 94  
Angle Bd la Grande Ceinture (au dessus de Attijariwafa Bank) - Hay Mohammedi - Casablanca - Tél : 05 22 60 18 24

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Region Rabat  
LOT : AEY059  
PER : NOV 2025  
PPV : 92 DH 40

3246053

PPV : 40.50 DH  
319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : [REDACTED] 20,80  
PER : 10/25  
LOT : M3451

PPV : 40.50 DH

PPV: 22DH20  
PER: 10/25  
LOT: M3448

