

## 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° W19-523030

49044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09099**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**FARIS ABDELLAH**

Date de naissance :

**10/03/66**

Adresse :

**Habituelle**

Tél. **06 61 99 63 97**

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**31/08/2020**

Nom et prénom du malade :

**FARIS INTS**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Consultation + maladie Ashténie palp.,**

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 :

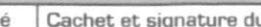
**OFFICE**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/09/2020**

VOIR ET ADHÉRER

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
31/12/2012			270 DH	INP : 091542019  Dr. Zekhoud Casablanca 505, Avenue de Goulimine 1000 Casablanca Tel: 03 22 21 21 21

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nez etnez Docteur en pharmacie 100, rue Georges Cachin 75011 Paris Tél : 01 43 77 17 72 - Fax : 06 22 25 10 00	31/08/2020	9711,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
35533411	11433553													
B														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. BOUSLIKHANE SEFRIoui Amal**

Pédiatre

Diabète de l'enfant



الدكتورة بولسيخن الصفيروي امال

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

مرض السكري عند الطفل

Casablanca, le

le 31.8.2020

F A R I S I a n s

134,60

→ Téhexium



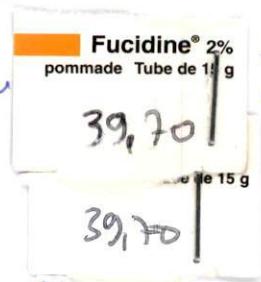
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetraimax Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH  
6 118001 08072

39,70

→ Fucidine (S.V) - 2 Boîtes



2 x 1 jour



8 jours

39,70

Tube de 15 g

39,70



BOUSLIKHANE SEFRIoui  
Pédiatre  
655, rue Goulmima  
Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 50 36 - 06 62 42 12 00



إقامة الأخوين زنقة كولمية - شارع الزقطوني، بوركون - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 22 50 36 - 06 62 42 12 00

Résidence Al Akhaouine A, 665, rue Goulmima - Bd. Zerkouni, Bourgogne - Casablanca - Tél. : 05 22 22 50 36 - 06 62 42 12 00

**Dr. BOUSLIKHANE SEFRIoui Amal**

Pédiatre  
Diabète de l'enfant



الدكتورة بولسيخان الصفريوي امال

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
مرض السكري عند الطفل

Casablanca, le

28.9.20

FARIS INNAS

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

49,60

→ Dure forte.  
1 ampoule x 3



espaces de 15 jours

4 x 120

→ F pur



4 ml 1 fois

par 30 jours

PPC: 120.00 Dhs

PPC: 120.00 Dhs

PPC: 120.00 Dhs

PPC: 120.00 Dhs

529,60



Dr. BOUSLIKHANE SEFRIoui Amal  
Pédiatre  
665, Rue Goulimima  
Bourgogne - Casablanca  
Tél.: 05 22 22 50 36