

## 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 canalaire, 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.

### 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 | adhession@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° W19-454228

48920

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1876	Société :	Retraité
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NOUQATI EL MOSTAFA		
Date de naissance : 07/04/1953		
Adresse :		
Tél. : 06.69.50.59.05 Total des frais engagés : 523.50 Dhs		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 13.11.2020		
Nom et prénom du malade : Nouqati El Mostafa		
Age : 67		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Cystite, Ballalivite		
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.		

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : CASA  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 25 / 11 / 2020

## 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
13.11.2020	Consultation	1	150 DHS	INAH
21.11.2020	Consultation	1	150 DHS	Dr. A. Généraliste Medecin urgentiste

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Codelet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES HALLES Fax 05 22 24 61 79 PHARMACIE DES HALLES me. BOUDAL Tél 05 22 24 19 28 Fax 05 22 24 19 28	11/20 11/20	554,20 129,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		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"/>							
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		D	G	B		
	H											
	D	G										
	B											
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	B
25533412	21433552											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
B												
		<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>										

# Docteur DRIFI Hassan

Médecine Générale  
Médecine des Urgences  
Médecin Agrée pour la  
Visite de Permis de Conduire



دكتور الفريفي حسن

الطب العام  
طب المستعجلات  
د. يب معتمد لفحص الطبي  
لرخصة السياقة

Casablanca, Le 13.11.2020

Non QT; TostaFA

129,00 \* KALMAGAS

34,00 \* Profenol 860

49,00 \* Arvinol 100ml

89,00 \* Lixiflor 100ml

153,00 \* Sotrim x 160

99,00 \* Relaxin 30

KALMAGAS  
PPC : 125  
Ut av :  
Avril / 2025  
pt :  
00217  
THERAP  
ARM

34,00

PHARMACIE DES HAL  
Mme BOUDJELLOU DIOURI La  
Tél. 0522 24 61 79  
0522 24 19 79

BOTT  
PPV : 4  
SA  
DH 00

X100  
LOT  
PER  
Prix

0224

0000

39,50

15  
130

Docteur DR.  
Médecin Général  
Urgentiste

Lot  
DH  
00262  
7/2023  
0000

0000

0000

0000

0000

لمس عمارة 625 الطابق 3 شقة رقم 23 امام جماعة الصخور السوداء - الهاتف 05 22 24 14 90 - المحمول: 05 69 02 66 67:

BD Med Y Imm 625, 3 ème étage Appt N°23 en face de la Commune Sokhna Assawda - Tél : 05 22 24 14 90 - Gsm : 05 69 02 66 67

شارع محمد

9 02 66 67

# Docteur DRIFI Hassan

Médecine Générale  
 Médecine des Urgences  
 Médecin Agrée pour la  
 Visite de Permis de Conduire



دكتور الضريفي حسن

الطب العام  
 طب المستعجلات  
 دب معتمد للفحص الطبي  
 لرخصة السياقة

Casablanca, Le 21.11.2005

Abu QATI Mostafa



PPV: 19.170  
 PER: 08.23  
 LOT: J2.08

\* Majid DC 200 x 31  
 19.20



\* FLAGYL 500  
 49.00m x 31

\* Enterofermina



6.00

189.00

Docteur DRIFI HASSAN  
 Médecin Généraliste  
 Médecin Urgentiste

