

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <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.

N° W21-612880

62265

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12790 Société : RAP

Actif

Pensionné(e)

Autre :

SOLFIANE

HANANE

MU'RAS

Date de naissance :

18/06/1980

Adresse :

Villa 88 P't Sidi Idriss EP 38 MARS 2007

Tél. :

06 61 12 18 50

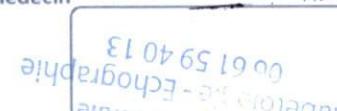
Total des frais engagés :

38570

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/02/2016

Nom et prénom du malade :

Solifiane Hanane

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 : 05/03/2016

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
22.02.21			150	DR CHAMARIAH TOUNSISSA Dentiste à El Jadida 06 61 59 11 11 Dr CHAMARIAH TOUNSISSA Dentiste à El Jadida 06 61 59 11 11

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MATHABA		
Dr. NORAME ABOUZEID	27/02/21	125.70
431 Lot El Salam 1		
Tel: +212 523 343 677 / EL Jadida	2021	

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : [ ]
[Diagramme d'Odontogramme] H G D B				Coefficient des Travaux [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				Coefficient des Travaux [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR CHAOUKI YOUSSEF**

**Spécialiste en médecine  
de travail**

**CERTIFICAT D' ECHOGRAPHIE**

**UNIVERSITÉ HASSAN II**

**DU Diabétologie et nutrition**

**Université de Bordeaux France**



**الدكتور شوقي يوسف**

**أخصائي في طب الشغل**

**شهادة للفحص بالصدى**

**جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء**

**دبلوم داء السكري والتغذية**

**جامعة بوردو فرنسا**

**Diabetologie & Echographie  
El Jadida le: 27/04/2021**

**Syrefnas**

**Pharmacie AL MAHARBA**

**Dr. NORANE ABOUZEID**

**434, Lot. El Salam 1**

**Tél: +212 523 343 077 / El Jadida**

**Diabetologie & Echographie  
El Jadida le: 27/04/2021**



**2 Imm 21 Resid Oum Rabi Hay Essalam El Jadida**

**Tél: 05 23 34 01 65 -Gsm :06 64 55 60 88**



**CABINET DR CHAOUKI YOUSSEF**

**Certificat universitaire en echographie**

**Diplôme universitaire en diabetologie nutrition**

**ICE : 001789445000006**

**N° PATENTE 42117519**

**N° cnss 9572282**

le ..... 27/02/21

**FACTURE n° 38**

Mr ..... Hanane Benjelloun

CONSULTATION	
echographie	150
perfusion	
oxygene	
Ponction lombaire	
TOTAL	

**Signe :**

*[Handwritten signature of Dr. Chouki Youssef]*

Pfizer

# ذي تروماكدين

أزيتاترووماسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 8 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 5 3 7 6

79,70

09366030/4

دواء  
جاف

SOUFRANE 2P.CENT  
Solution pour pulvérisation nasale

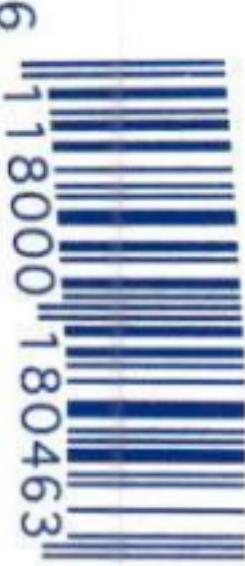


تيوفينيكروكسيلات الصوديوم

محلول للرش  
في الأنف

قنية من 20 مل

عن طريق الأنف



6

16,30