

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : **451** Société : **R.A.M** Actif  Pensionné(e)  Autre :Nom & Prénom : **Rouissi Taitha**Date de naissance : **1/11/1951**Adresse : **10 Rue ANDROMÈDE APT 3 RTG 1 RES DU****palais les 100 jardins 20360 Casa Maroc**Tél. : **06 37 99 67 93** Total des frais engagés : **15.72,10** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

## Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / ..... Nom et prénom du malade : **taitha Rouissi** Age : .....Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  EnfantNature de la maladie : **généalogie**

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 : **CASABLANCA**Signature de l'adhérent(e) : **taitha Rouissi**Le : **14/10/2021**

## 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
05/11/2011	g	1	300,00	Mustapha TRAORE Chirurgie Orthopédique UMATologique 02-27-2012

tant détaillé Honora	Cachet et signature du attestant le Paiement
00,12	
Pr. Mustapha TRAORÉ Orthopédiste Ministère de la Santé	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> Nour El Dine IBA Docteur en Pharmacie Abdellatif CASA 2012	05/04/2021	1272,10

## ou du Fournisseur

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

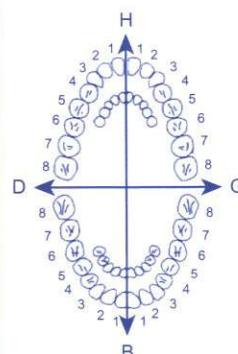
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### Important

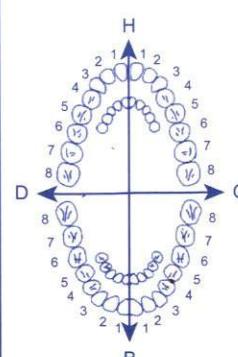
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



### **[Création, remont, adjonction]**

#### **fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

### 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**

**Dr. Mustapha TRAFEH**

Chirurgie Orthopédique Traumatologique  
 Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
 X. chef de service de Chirurgie Orthopédique  
 Et Traumatologique P 32  
 CHU Ibn Rochd Casablanca



**الدكتور مصطفى ترافع**

جراحة العظام و المفاصل

استاذ سابق بكلية الطب الدار البيضاء

رئيس سابق لقسم جراحة العظام و المفاصل

بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

Casablanca le : 05/10/2021

M = 452



198

1) Nacicystol gel

x 30 g

929,80

Lapp 21



152) ACM 20-

Magelub x 30 g.

33,90

33) Profenid 50-

Acmyl 1 f x 90 f.



21,80

14) Cotes 40 my 1 kg x 10 f

5) Flexumax, gelub 21 f x 30 g

119

127210

Pr. MUSTAPHA TRAFEH  
 Chirurgie Orthopédique  
 & Traumatologique  
 Tél.: 05 22 82 20 42 - Casablanca

PHARMACEUTIQUE MERIEUX  
 Docteur en Pharmacie  
 311, Bd. Abdelmoumen Casablanca  
 Tél.: 05 22 33 01 70

18، زقة بروكسل ، 2 مارس - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 82 20 42 - البريد الإلكتروني -

18 , Rue Bruxelles , 2 Mars . Casablanca - Tél: 05 22 82 20 42-E-mail : trafehm@hotmail.com

# ACM.20®



3 760095 250014  
ACM.20  
10 Sachets  
PPC: 229.00 DH  
FARIPHARM.SARL

LOT



PUC: 198.00 DH

093  
2023-08

REV : 2019/10/A

# ACM.20®



3 760095 250014  
ACM.20  
10 Sachets  
PPC: 229.00 DH  
FARIPHARM.SARL

33,90 =>

Profenid® 50 mg  
24 Gélules



6 118000 061052

# ACM.20®



3 760095 250014  
ACM.20  
10 Sachets  
PPC: 219.20 DH  
FARIPHARM.SARL

LOT: 2011009  
FAB: 11/2020  
EXP: 11/2023  
PUC: 149.00 DH



6 111261 530022

OEDES 20mg  
14 gélules



6 118001 100071

LOT 200712  
EXP 01/2023  
PPV 52.80 DH



6 111261 530022

5