

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## Biologie 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.

## 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.

## 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

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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10855

Société :

RAN M=77169

Actif

Pensionné(e)

Autre : PNC Réformé

Nom & Prénom : ABROUQ NAWAL

Date de naissance : 03/03/1977

Adresse : 06 rue Abdelhak ben Nafyoun Apt 9  
Rés. El Houda Quartier Palmier Casablanca

Tél. : 0662737894 Total des frais engagés : 714,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdellatif BAROUDI  
Professeur de Pédiatrie  
C.H.U de Paris  
22, Rue Ibn Tachfine - Rabat  
Tél: 06 37 76 60 00

Date de consultation : 20 AVR 2021

Nom et prénom du malade : ABROUQ NAWAL Age : 9.9.10

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. Cheyenne Zaccalini

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

Le : 08/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : ABROUQ NAWAL

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <br><b>MACIE DE LA MARIE</b><br>2, Rue Prince Lumumba<br>RDC<br>5377683110537764257 | 20/04/21 | 746,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 8 on each side of the midline). Landmarks include H at the top, D on the left, and B at the bottom. The arch is oriented with the midline on the right side of the diagram.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim BAROUDI

Professeur de Pédiatrie

C.E.S de Paris

الدكتور عبد الرحيم بروعي

أستاذ طب الأطفال

خريج كلية باريس

Rabat, le 20 AVR. 2021

الرباط في

*Dr. Abderrahim BAROUDI*  
144100 Grand'Asile à Idriss

PHARMACIE DE LA MARNE  
42, Rue Patrice Lumumba  
RABAT  
Tel: 0537 76 83 11-0537 76 42 57

Dr. Abderrahim BAROUDI  
Professeur de Pédiatrie  
C.E.S de Paris  
22, Rue Youssef Ibn Tachfine - Rabat  
Tel: 05 37 76 60 00

22, Rue Youssef Ibn Tachfine - Rabat - Tél. : 05 37 76 60 00 - GSM : 06 61 15 31 83

22, زنقة يوسف ابن تاشفين - الرباط - الهاتف : 05 37 76 60 00 - النقال : 06 61 15 31 83

INP 101017721 - ICE 001849917000063

En cas d'urgence : Clinique des Nations Unies - Tél. : 05 37 67 05 05



Lot/Lotto/ Llaptriga  
VHEH 1035199  
EXP/Scad./ 02-2023  
SN: 132400515145

PC:03400937713016



**MSD**

MSD VACCINS  
162 avenue Jean Jaurès  
69007 Lyon / Lione  
France / Francia / Γαλλία

**GARDASIL®**

Suspension injectable de vaccin

Boîte de 1 seringue pré remplie de 1 dose

P.P.V : 744.00 DH

AMM N°: 323/18DMP/21NRQ

Distribué par MSD Maroc



6 118001 160365