

## COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### soins généraux :

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.

### 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.

### 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.  
■ La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007581

85333

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MOUSSAFIR ALDEMEHRI

Date de naissance : 30/10/53

Adresse : Halituelle

Tél. : 0670865561 Total des frais engagés : 359,90 DH + 10,20 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : CASABLANCA

Le : 25/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GHAFRATI Dr. HIBOUA LAÏLA Rue 2A - 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca</i>	21/05/21	146,10

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

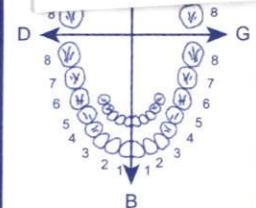
*156500*



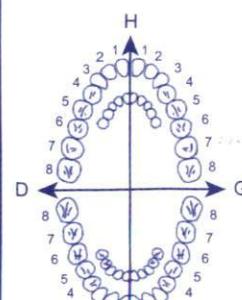
LOT :

PER :

PPV :



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

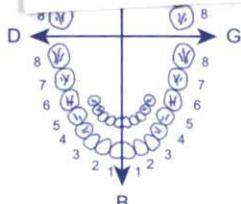
## କବିତାରେ

~~LOT:~~

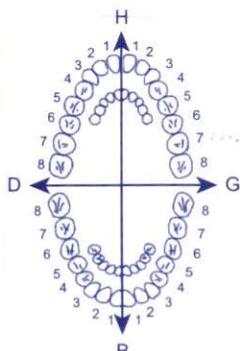
35,90

PER :

PPV :



**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## 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

## صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRANE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك (س) حي القدس سيدى البرنوصى - الهاتف: 022 31 73 26 - الدار البيضاء

**Mme HARIOUA Laïla**  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي  
دكتورة في الصيدلة  
خريجة كلية تور بفرنسا

Casa, le 28/06/2021

FACTURE N° 009022

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Industriel soh	1	35,50	35,50
cetamyl. 500	1	180	180

*La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :*

PHARMACIE GHORRA 46 A.O  
Signature

## PHARMACIE *Signature*

Dr. HRIODUA LATER  
123 N° 116 Bloc (C)

Rue 2 N° 116 Bloc (C)

~~Rue Z N 1102  
Quartier Al Qods Sidi  
Casablanca~~

Al Quds 34.  
Casablanca

ANNE PHARMACIE GHU  
LIRIOU LA LA  
Pachet 10

SHARIN  
DR. H.R. **Uachet**  
No. 116 B.C.  
Ber

BRUNNEN

116 B10  
Sidi Ber

Al Qods 31  
-shlanca

Casa