

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-652220

g1385

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5822

Société :

RAME

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BOUATROUSS

Rabia

Nom & Prénom :

17.07.61

Date de naissance :

Adresse :

7, Rue Bechir Ben Youssef 10  
Apr. 15 Quartier de l'Hôpital

Tél. : 0661215000 Total des frais engagés : 1.143 Dhs

Dr. Kaoutar Lamine

RHUMATOLOGUE

RHUMATOLOGIE ARTICULAIRE

RHUMATOLOGIE INTÉVENTIONNELLE

Cachet du médecin : CAPITAL OFFICE & BUSINESS CENTER Angle Bd Abdelmoumen  
et rue Attarchi, 2<sup>me</sup> étage, Esc 2 N° 42 Casablanca

Tel: 05 22 22 82 22 GSM 06 42 67 56 60 / 06 16 96 06 26

Date de consultation :

4 NOV. 2021

Nom et prénom du malade :

LTE BOUATROUSS Rabia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatologique

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 :

"adhérent(e) :

Le : / /

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
04 NOV 2021	CG		400 dhs	INP : 091145672 Dr. KADDOUSSI
				CHAMAL OFFICE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LILAS me. SEKKAT Laila 30, Reaumur / Bd. Abdelmoumen Hôpitaux - Casablanca	04/11/21	743,40

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
		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"/>																



الدكتورة كوتار اللحو

Dr. Kaoutar LAHLOU

Spécialiste en RHUMATOLOGIE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE

ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

THÉRAPIE PAR PAIRES BIOMAGNÉTIQUES

RHUMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE

KINÉSIOLOGIE HOLISTIQUE

Casablanca, le : 01 NOV 2021

Mme BouATTRouss Rafraî

8950x4

1) Ps NORM 200 UI



25 gttes 1j au milieu des pieds  
149,50x2

2) CURARTI FORTE

1gel x 2j  
puis 1gelly x 15j puis 1



3) DOLIPRANE

1g CP du suppo  
28,80x3



4) VITONEURIL FOR

1CP x 3j



S. Kaoutar LAHLOU  
RHUMATOLOGIE ARTICULAIRE  
ECHOGRAPHIE INTERVENTIONNELLE  
CAPITAL OFFICE & BUSINESS CENTER - Angle Bd Abdelmoumen et rue Amachdi (Station de tram Waleed)  
2<sup>ème</sup> étage, Escalier 2, N° 42 - Casablanca  
06 22 22 82 92 / 06 22 22 82 93  
06 16 96 00 26 / 06 16 96 00 27

lahloukaoutar@yahoo.fr

CAPITAL OFFICE & BUSINESS CENTER - Angle Bd Abdelmoumen et rue Amachdi (Station de tram Waleed),  
2<sup>ème</sup> étage, Escalier 2, N° 42 - Casablanca

Taxe Professionnelle : 36300094 - IF: 40120017 - CNSS : 8594807 - ICE : 0016886540000028

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

CURARTI forte®  
comprimé

315046  
02/2024

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

CURARTI forte®  
comprimé

315046  
02/2024

Lot:  
À consommer  
avant le:

200886  
01/2024

PPC : 89,50 DH

Lot:  
À consommer  
avant le:  
ppc : 89,50 DH

210627  
09/2024

Lot:  
À consommer  
avant le:  
ppc : 89,50 DH

200886  
01/2024

PPC : 89,50 DH

Lot:  
À consommer  
avant le:  
ppc : 89,50 DH

200886  
01/2024

PPC : 89,50 DH

PPV  
LOT  
PER

PPV  
LOT  
PER

PPV  
LOT  
PER

28,80

28,80

