

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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° W21-678899

119602

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7088

PAM

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARIS TAOUFIK

Date de naissance :

02-02-1958

Adresse :

des Chabab zone 1 n° 13 N° 3 Am Sbaa casa

Tél. :

96 68 38 55 26

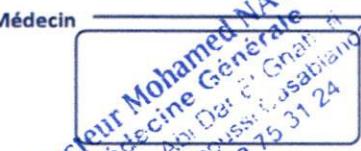
Total des frais engagés :

533,60

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

144 Bd. Abi Dar El Ghaffari, Casablanca, 22253124

Nom et prénom du malade :

Faris Taoufik, Age: 64

Lien de parenté :

Lui-même, 144 Bd. Abi Dar El Ghaffari, Casablanca, 22253124

Nature de la maladie :

HBP, 144 Bd. Abi Dar El Ghaffari, Casablanca, 22253124

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Enfant, cutanée

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

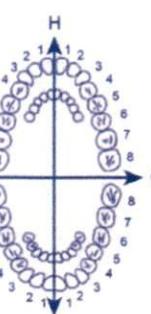
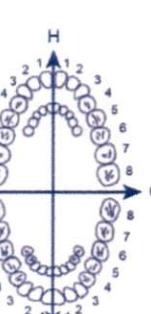
Le 16/06/2022

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
19.05.2022	G G		120,00	INP Doktor Mohamed ABDI DABOUDI Médecine Générale 100, Abi Dar El Chouf 0522753121

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

#### **VOLET ADHERENT**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																								
 <b>SOINS DENTAIRES</b>		<b>Dents Traitées</b>	<b>Nature des Soins</b>	<b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																			
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
					DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
					FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
					 <b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
								H																
								25533412	21433552															
								00000000	00000000															
								D	G															
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																								
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale  
Echographie

Laureat de la Faculté  
de Medecin de Casa



الدكتور ناوي محمد  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, le ..... 19. 05. 2022.

Nom : M.F. FARIS. TRAOUFI K.

126.30 - Augmentin. tg 1ST x 2 جم

159.30 - FLORALIONE 1CPJ

18.90 - Delprene int 1CPJ

60.00 - Voltaren Crema 20ff ج

25.00x2 - Agiderm 1S 265

413.60

PHARMACIE ATHINA  
N°7 Lot Chabab Groupe C2  
Ain Sebaa CASABLANCA  
INPE : 092067115  
Tél : 05 22 73 74 73

Docteur Mohamed NAWRI  
Medecine Générale  
144 Bd. Abi Dar El Ghaffari  
Casablanca

Amal III : 05 22 75 31 24

شارع أبي در الغفاري، رقم 144 أمل III - البرنوسي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24

144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

كل لانبوب 15 جم 0.315 جرام  
الاول 2 درجة منوبة

LOT : 289  
PER : 01/24  
PPV : 25.00 DH

0.315g كل لانبوب 15 جم 0.315 جرام  
le 15g  
2 درجة منوبة  
الاول  
LOT : 306  
PER : 12/24  
25°C  
PPV : 25,00 DH

LOT : M0585  
EXP : 03/2024  
PPV : 60,00 DH

PPV: 126,30 DH  
LOT: 646863  
PER: 09/22



18,00

PPV: 159DH00  
PER: 02/24  
LOT: K181

érieur.

ants.



دون شروط معينة للتغزين.  
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.