

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° W21-611172

12732h

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 64652	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LARAVI Houssaini Driss			
Date de naissance : 07/08/1965			
Adresse : 3 lot 8 Bouam Casab - Maroc			
Tél. : 066133607	Total des frais engagés : 462,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2C19	Cadre réservé au Médecin	
	DR. EL GHRARI Kenza	Dermatologue
Cachet du médecin :		Rés. Houssam Jassim, 175 Rue
		Boukrâ 2ème étage - Casablanca
		Tél : 05 22 47 47 13
Date de consultation : 19 AOUT 2022	10/08/22	Age : 91 ans
Nom et prénom du malade : Laravai Houssaini Yacine		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> conjoint
Nature de la maladie : affection dermatologique		<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
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 : 10/08/2022

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
10-8-2022	C		30000	INP : DOUKHASSAM JASMI, 175 P. Tél: 05.22.47.00.20 Signature : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ODYSSEE Asmaâ AMOR <i>s. Rue Tananeh Ferme Bretonne</i> <i>Beauséjour Casablanca</i> <i>Tél / Fax: 0522 25 52 63</i>	<i>15/06/2002</i> <i>PAR</i> <i>15/06/2002</i> <i>PAR</i> <i>15/06/2002</i> <i>PAR</i> <i>15/06/2002</i> <i>PAR</i>	<i>162,10</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		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"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				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"/>																		



Casablanca, le

10 Avril 22

Dr LARAQUI HOUSSEINI
Vacine

Fl, 50 x 6

1.- Diffusion crème

Sur le visage du côté droit
et gâche du visage du côté gauche
sans frotter. Gitez contours yeux droite et gauche

17,40



2 - Dermoval
1 fl sur la ligne du pied
x 1 vois

3 - Sectioner gel lissant
Sur toute la visage matin et soir

T: 16€, VO

PHARMACIE D'HYSESSE
Assma AMOR
15 bis, Rue Tadeane, Fesme Bretonne
Béauséjour Casablanca
Tél/Fax: 0522 255262

Dr. EL GHRARI Kenza
Dermatologue
Rés. Houssam Jassim, 175 Rue
Boukrâ 2^{ème} étage - Casablanca
Tél : 05 22 47 47 13

DIFFERINE 0,1 %
crème,tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
PPV: 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070206

DIFFERINE 0,1 %
crème,tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
PPV: 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070206

GlaixoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 648881



6 118000 161295

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaa AMOR
15 bis, Rue Tétanane, Ferme Bretonne
Beaussette Géablanche
Tel/Fax: 05221255263