

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- |                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

122323

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6169 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LARAOUI Houssain Drias

Date de naissance : 27/08/1966

Adresse : 3 Louk Karam Casa Nemoc

Tél. : 0661336007 Total des frais engagés : 388,33 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL GHRARI Kenza  
Dermatologue

Rés. Houssam Jassim, 175 Rue  
Boukrâ 2ème étage - Casablanca

Tél. 05 22 20 45 45

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2022

Nom et prénom du malade : LARAOUI ZINA Age : 13 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection dermatologique

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/08/2022

## **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
10/08/2021	CS		300\$	INP : 11111111111111111111111111111111 Dr. H. ARI Kenzaoui Radiologue - C2 El-Jazzar El-Baghdadi - 15 05/22/2021

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
LA SOEUR UNICUMNI MULLE 1 Rue Aimé Pardoux 65-24-85/05.22.36.32.59	10/08/22	88.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

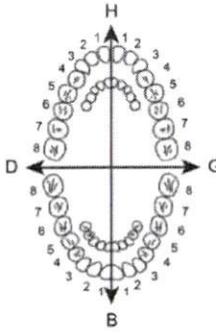
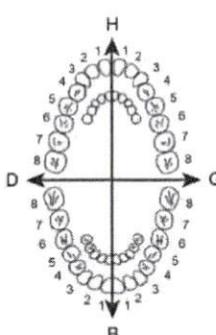
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														



**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Casablanca, le

10 Août 22

LARAQUI Sina

- Sectionex 2% sérum  
32.90 ⚡ Je suis pour le visage
  - Exostaril solution 2%  
1 fl. 10 ml pour les lésions X
  - Sulfam 200 mg 2%  
1 cp 3 fl.
- ~~88.30~~



**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

DR. EL GHRARI Kenza  
Dermatologue  
Résidence Houssam Jassim, 175 Rue  
Boukrâ 2<sup>me</sup> étage - Casablanca  
Tél : 05 22 47 47 13