

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0039629

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

15191K

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1067 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ADRI LARBI

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : 18 résidence ENNAIM 2 Ouled Taleb

Tél. : 06-10-20-55-14 Total des frais engagés : 9331,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03-10-2023

Nom et prénom du malade : M5 LARBI ADRI Age :

Lien de parenté : Elle Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA gencive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute extérieur physio + constipation

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 : IBRAHIM Le : 06-10-2023

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
03/03/2023	C		200,00	Dr. Amal BOUSSAIDI Généraliste - Gynécologie Tel: 05 22 82 87 74

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101 Bd EL Oods Lot Mandaroma Rue 14 Inara I Aïnchok Casablanca Tel : 05 22 52 82 53	03/03/2023	2131,40

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

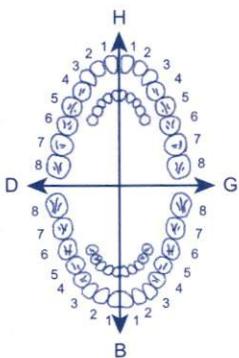
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

**O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES**

H	21433552
D	00000000
B	35533411
G	00000000

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Amal BOUSSOF**

الدكتورة أمل بوصف

**Médecine Générale**  
**Diplômée en Echographie**  
**Nutrition - Régime Spécialisé**

الطب العام

حاقة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)  
التدية . تخطيط القلب . الحمبة (ريجيم)

طب النساء

**P.P.V.**      **P.P.V.**      **P.P.V.**

9.8	9.0	9.8	9.0	9.8	9.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----

P.P.V. P.P.V.

# ORDONNANCE

**P.P.V.**

~~9890 x 5 M<sup>1</sup>S ASARI S A R P S T  
89,20 x 2~~

~~118,50x5141~~ Medes Gynel Tel. PPV 118DH50 PPV 118DH50  
~~Ixor 200~~ PPV 118DH50 PPV 118DH50  
PPV 118DH50 ~~W. looks~~ Me? ~~?~~

**LOT : 1712  
UT AV : 08 - 25  
P.P.V : 30 DH 50**

**LOT : 9895  
UT. AV : 06 - 25  
P.P.V : 30DH50**

EXP 01 2026  
PPV 31.30

EXP 06 2026  
PPV 31.30

EXP 04 2025  
PPV 31-30

EXP 10 2023  
PPV 31,30

~~31,30 x 6 Explorics~~

~~200~~

Mr. Hobbs

41.30

150

**EXP 06 2026**  
**PPV 31.30**

6 118001 03004  
O VOLTAREN® LP 100  
Comprimé pelliculé  
PPV : 51.30 DH

Medical  
721

*Boyle*

806، شارع القدس - الطابق الأول الشقة 2 - حي منظراً - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 87 27 74

**806, Bd El Qods - 1er Etage Appt 2 - Hay Mandarouna - Aïn Chock - Tél. : 05 22 87 27 74**

~~80,10 Aebni Lat doce~~ ~~A.S.~~  
P.P.V.  
80 00  
~~88,40 x 2 CP a 3 lgs certif~~  
~~20 3 my~~ ~~A.S.~~ ~~1cp 6 bar~~  
~~lit 500g~~

~~132,10 Ac laur 1g~~ ~~A.S.~~  
LOT : 5121  
PER : 11-22  
P.P.V : 132DH00  
PPV (DH) :  
~~a 2 lgs~~ ~~10 loops~~  
~~34,70 certif~~ ~~A.S.~~ ~~2cp 1g finit~~  
~~34,70 at 500g~~

~~19,40 x 5 Antibio Synalar N°2~~  
- ~~light~~ ~~31 J lit 01 mois~~

~~22,70 x 2 Dr au centre~~ ~~N°2~~  
PER : 22,70  
PPV : 22,70  
PER : 22,70  
PPV : 22,70  
~~a 2 lgs lit 5 01 mois~~

~~2131,40~~ S

**ANTIBIO SYNALAR**

~~19,40~~

