

# 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.

M22- 0011484

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre : Veuve 159661

Nom & Prénom : ROUSSI TA HAN

Date de naissance : 1.1.1951

Adresse : 10 ALLEE D'andromede E.T.G 1 APT 3

Tontonville casa

Tél. : 06 37 99 67 93 Total des frais engagés : 49.62 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2023

Nom et prénom du malade : ROUSSI TA HAN Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : PTG DT MUPRAS

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 10 MAR. 2023

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 : Le : 9/3/2023

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
27/01/23	S	300,00		Dr. N. TRAUMATO 75, Boulevard de l'Industrie 05 22 22 22 Tél. : 05 22 22 22 Fax : 05 22 22 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AOUAM Avenue (A) Prolong. Bd Anouar Casablanca * Tel: 0522.25.29.29	27/01/23	196,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

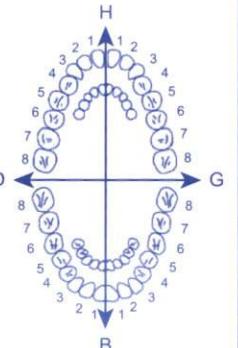
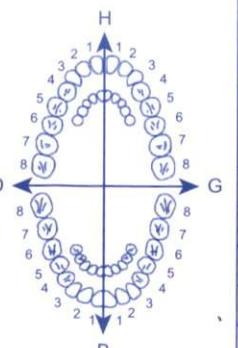
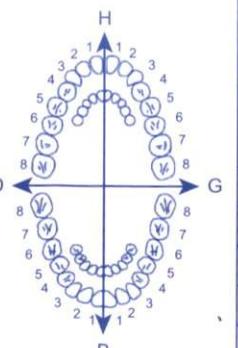
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411 D 00000000 00000000 35533411 G 21433552 00000000 11433553 B 00000000 00000000 00000000			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste



الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

خريج كلية الطب ببنات  
رئيس قسم وجراح مستشفى ببنات  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) : ROVİSSI TARIK السيدة:

o Infla - ay + 1 - 8' 14419  
Massaya 109,20 78 le + 60  
Relaxin 87,00  
T = 196,20

LOT:220752  
DUO:10/2025  
87,00 DH

GAPREX® 25 mg  
60 Gélules  
6 118000 072157

LOT:21C078  
EXP:09/24  
PPV:109DH20

PHARMACEUTICALS  
Avenue (A) Prolong  
80. Anoual  
Tél: 0522.25.29.29 Casablanca

LATIF IDRISI  
TO ORTHOPEDIST  
niveau 1 Massira Al Khadra  
: 05 22 25 25 16  
: 05 22 25 25 07

22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 /Fax : 05 22 25 25 07