

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

156614

Optique  Autres

Dentaire

Maladie

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M09 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Jawad, SAID

Date de naissance : 01/08/1952

Adresse : Passage

Tél. 0673190875 Total des frais engagés : 1179,6 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



09/08/2022

Date de consultation : 26-01-2023

Nom et prénom du malade : FATIMA AJOUTAOU Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

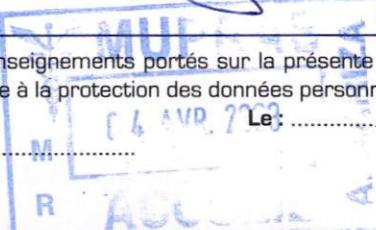
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : gouttose

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 26 AVR 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
26/01/2023		h 300,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 30 Bd. Charnier Béjaïcha Tél : 05 22 53 42 33	26/01/123	679,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>DF LAABOURI</b> B.M.Y. TRAUMATO ORTHO 85 61 32 59 34 09108742	26/01/23	215 200,00 R2 cymum	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

Dr LAABOURI  
TRAUMATO ORTHO  
06 61 32 50 34  
IP : 091087452

Berrechid, le

26/01/83

Mme. Fatima Ajouraoui

94,00

~~Médolles~~ (x 2) 16,00

22,00

~~Coccyx~~ (x 3) 16,00

61,50

~~Vertebral~~ (x 1) 16,00

79,00

~~Idaffau chevalet~~ (x 2) 16,00

74,10

~~Ostéos~~ (x 2) 16,00

153,80

~~Coccyx~~ (x 3) 16,00

25,00

~~Ostéos pommeau~~ 16,00

148,00

~~Bracelet~~ 16,00

22,00

~~Dr LAABOURI~~ 16,00

TRAUMATO ORTHO  
87 MLY ISMAIL BERRECHID  
06 61 32 50 34

679,60

87 شارع مولاي اسماعيل - بربشيد - المحمول : 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34



LOT : 210569  
EXP : 03/2024  
PPV : 153,80 DH

**Codoliprane®**  
Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codéine 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES  
6 118000 040217



6 118000 040217

PPV 220H20  
PER 10/24  
LOT L3061

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables  
6 118000 040569



6 118000 040569

PPV: 61DH50  
PER: 09/25  
LOT: L3090

**MYDOFLEX® 150 mg**  
Tolperisone HCl  
30 Comprimés pelliculés  
6 118001 260850



6 118001 260850

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4017  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00



**OEDES 40mg**  
14 gélules  
6 118000 083191

LOT 211003  
EXP 01/2024  
PPV 74.10DH

coccidin pommeade  
coccidin ointment  
6 118000 082989

LOT: 221318  
PER: 10-2025  
PPV: 25,00DH

**COCCIDIN®**  
Fusidate de sodium  
Boîte de 20 CP/250 mg  
6 118000 083238

**BACTOSPRAY**  
LOT: 2205016  
EXP: 06/2025  
PPC: 148.00DH

125 ml

PPC : 79,00 DH  
50 ml 1,7 floz

**Dr A. LAABOURRI**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

Dr LAABOURI  
TRAUMATO ORTHO  
06 61 32 50 34  
IP : 091087452

Berrechid, le

26/01/23

Mme Fatima Djoudy

Travailleur gendre

Radius du gendre

gauche Fracture F+P

Z 15 Port l'os

SR Absence périphérique

Dr LAABOURI  
TRAUMATO ORTHO  
87 MLY ISMAIL BERRCHID  
06 61 32 50 34

06 61 32 50 34 : المحمول - برشيد - شارع مولاي اسماعيل 87

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34