

## 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.

N° W21-723607

AS6881

corrigé

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
0903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mr Benhaddouch Laâcen

Date de naissance :

5/01/1943

Adresse :

22 Rue Darra N° 5 Agdal DZARAT

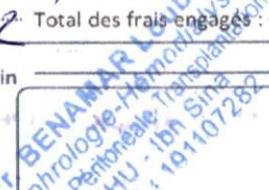
0537775224

Tél. :

0521701392 Total des frais engagés : 2953,70 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1/3/2023

Nom et prénom du malade :

Mr Benhaddouch Laâcen Age : 80 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de c. Polycard

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 : 09/03/2023

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
1/3/2023			<i>(Signature)</i>	INP : <i>Loubna</i> <i>pr. BENAMAR Loubna</i> <i>Néphrologie-Hémodialyse</i> <i>Dialyse Peritoneale-Transplantation</i> <i>Hôpital Sina</i> <i>111107282</i>

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.																				
<b>Important :</b> 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"/>																
<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"/>																				
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table>				H	25533412	00000000	21433552	<hr/>		D	00000000	35533411	00000000	<hr/>		B	11433553	<hr/>	
	H	25533412																		
	00000000	21433552																		
	<hr/>																			
	D	00000000																		
	35533411	00000000																		
	<hr/>																			
	B	11433553																		
	<hr/>																			
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



ASPEGIC 250MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH70  
PER : 04 2024



ASPEGIC 250MG  
SACHETS 820

P.P.V : 21DH70



6 118000 061106

LOT N°:

EXP:  
PPV:

206,00

LOT N°:

EXP:  
PPV:

206,00

LOT N°:

EXP:  
PPV:

ar temoin

206,00

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 272,00 DH  
ID: 651091  
6 118001 141654

avodat

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 272,00 DH

ID: 651091  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 272,00 DH

ID: 651091  
6 118001 141654

39,80 DH  
t fin: Lot: Y055D  
Per: 02-2025

68,60 DH

t fin: 06/2025  
Y1520

73,80 DH

Via date t fin:  
Import et Ben  
09/2025  
Y465M

SYSTEME  
CERT  
PAF

D-CURE® AMPULE  
4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22J17D  
EXP: 10/2024

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22B23D  
EXP: 02/2024

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22J17D  
EXP: 10/2024

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina

Hôpital Ibn Sina



RABAT 1/03/2023

Bou Rabout Lahn

$$110 \times 1 = 110$$

1) dermoral gel

Pharmacie AZ-ZAHRA

Dr. Bassouda Mohammed Oussama  
INPE : 102012978  
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
Salé - Tel/Fax : 05 37 80 71 00

2) Dr purose



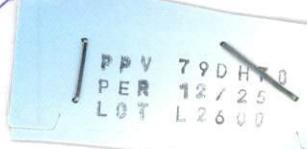
× 15 J

$$79,75 \times 1 = 79,75 \text{ App} \quad 2 \times / 0$$

3) Argixide

pharmacie AZ-ZAHRA  
Dr. Bassouda Mohammed Oussama  
INPE : 102012978  
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
Salé - Tel/Fax : 05 37 80 71 00

143,50



Pr. BENAMAR Loubna  
Néphrologie-Hémodialyse  
Dialyse Peritoneale-Transplantation  
CHU Ibn Sina  
INPE : 10110 1262