

# 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

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

AS7434

**Déclaration de Maladie : N° S19-0003275**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI Nejma Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Avenue Sidi Khalil Résidence Anajat 13 apt 162 cité plakau

Tél. : 0600179669 Total des frais engagés : 10.11.9 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : MANSOURI Nejma Age : 36

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection gynéologique

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

Le : 14/04/2023

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
23/03/23	GS		300 dh	
23/03/23	examen physique gynéco		300 dh	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur AF	Date	Montant de la Facture
	23/03/23	361,90

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			

  

FIN D'EXECUTION	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DE L'EXECUTION		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			

  

COEFFICIENT DES TRAVAUX	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			

  

MONTANTS DES SOINS	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			

  

DATE DE L'EXECUTION	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**  
**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif  
Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11  
Gsm: 06 28 56 92 59  
Casablanca

23/03/2023

Casablanca, Le :

**Mme Mansouri Meryem**

3 401578 118598

[www.Biocodecx.ma](http://www.Biocodecx.ma)

P.P.C. 195,00 DH

Distribué par BIOCODEX MAROC  
BP126 - Technopole aéroport MV -  
Nouaceur - Maroc  
Autorisation ONSSA N°ES 7.152.17  
CE N°DA20190502046DMP/20UCA/MAV4  
[www.Biocodecx.ma](http://www.Biocodecx.ma)

AMM N° 08R1/2020 DMP/21/NRQd  
PPU: 48 DH 40

BN ADR776  
DOM 06/2022  
EXP 06/2024

3122756

**IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents**

PPU 118DH50 EXP 11/2024  
LOT 28018 4

**IXOR® 20 mg**  
28 comprimés effervescents  
6 118000 032809



**PHARMACIE ACHRAF**  
**Dr. Slimane Slimane**  
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA  
Tel. 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le 23/03/2013.



**RECU**

Je soussignée certifie avoir reçu la somme

de six cents cinquante (650dh) dirhams de

Mme MANSOURI MERYEM pour

Une consultation spécialisée (300 dh)

+ une échographie pelvienne (350 dh).

