

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R.A.M. A (8804)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL TIRAZI Abdoulkader

Date de naissance : 05.01.1952

Adresse : 246 - Bâtiment EL WAFRA Annay Dénia

Tél. : 06 67 51 34 60 Total des frais engagés : 955,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/2018

Nom et prénom du malade : El TIRAZI Abdoulkader Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Célyg

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 : 19/01/2018

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
10/07/2013	Actes	1	150,- au	DR DECOUVERGARD 10/07/2013 0522 51 74 24

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMATI EL OUMOURA 244 lotissement El wafaa Dakar Fiz : 05 22.53.20.54	18/7/23	406,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

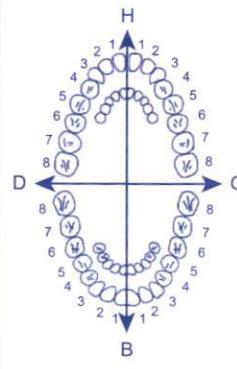
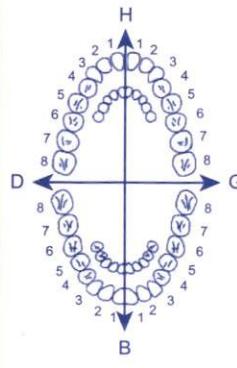
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U  
Ibnou Rochd - casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

## Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

Date:

E.C.G.

18/10/23

Nom:

888 Nefiom

30,00 د.د

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقاً

بالمراكز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في فحص الصدى

تخطيط القلب

Fix : 05.22.53.20.54  
244 Lotissement el Wafaa  
Drooua  
PHARMACIE EL OUIMOURA

Fix : 05.22.53.20.54  
244 Lotissement el Wafaa  
Drooua  
PHARMACIE EL OUIMOURA

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)  
Lot Wafaa - Tel : 05 22 53 27 53

Prochain rendez vous:

الموعد المقبل

Fix : 05.22.53.20.54

244 Lotissement el Wafaa

Drooua

PHARMACIE EL OUIMOURA

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

Lot Wafaa - Tel : 05 22 53 27 53

71AF001C  
01/2026

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

ne®  
les buvables

LOT 230162 1  
EXP 12 2027  
PPV 54 70

LOT 23037 PER 03/2026  
PPV 21.00 DH

Fabriqué sous licence Meda  
par les laboratoires Steripharma  
Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
HIRI, Pharmacien Responsable

Distribué par :  
GyneBio Pharma  
Lots 529 & 530 Parc industriel SAPIWO  
Nouaceur- Casablanca

PPC : 320.00 Dhs

Info  
[www.gynebio.com](http://www.gynebio.com)

Distribué par :  
GyneBio Pharma  
Lots 529 & 530 Parc industrie  
Nouaceur- Casablanca

PPC : 320.00 Dhs