

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

169573

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003282

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

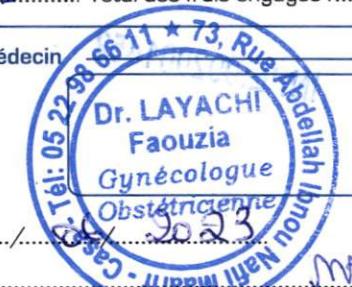
Nom & Prénom : MANSOURI MERYEM Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Avenue Standard Res. Anajid Im.13 apt 162 CASA

Tél. : 06.00.7796.69 Total des frais engagés : 6.79.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fusseuse

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 : 08/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : Meryem



**MUPRAS**  
**H. ACCUEIL**

26 JUIL. 2023

### 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
05 JUIN 2023	cur	X	1620.00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rés. Annajd - Bd Anwal - Cte Plateau - CASA Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 61 17	05.06.23	229,45

INPE:092001452

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

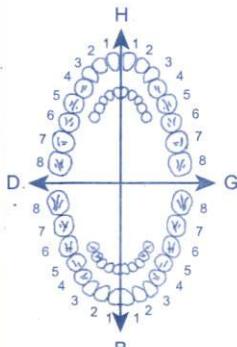
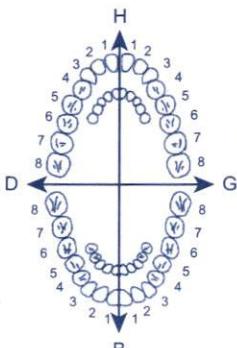
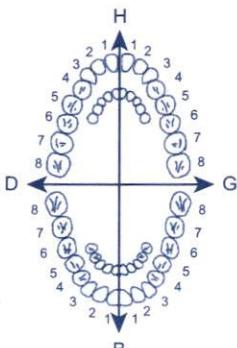
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>Coefficient des Travaux</b>												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 				<b>Montants des Soins</b>												
				<b>Date du devis</b>												
				<b>Date de l'exécution</b>												

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

05/06/2023

Casablanca, Le : .....

**Mme Mansouri Meryem**

195,-  
NATALIENCE  
1 comprimé le matin



27,-  
SPASFON  
1 cp si douleur



26,-  
FUNGYLISE  
1 Ovule le soir



30,-  
FUNGYLISE crème  
1 application, matin et soir



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



léo

Ce complément alimentaire n'est pas  
un médicament  
[www.Biocodex.ma](http://www.Biocodex.ma)

P.P.C. 195,00 DH

Distribué par BIOCODEX MAROC  
BP126 - Technopole aéroport MV -  
Nouaceur - M

**FUNGILYSE® 6 ovules à 100 mg**

Econazole

PPU 26DH40

EXP 09/2025  
LOT 28013 2

**FUNGILYSE® Crème**

PPU 30DH50  
EXP 01/2026  
LOT 2N021 1

27,50.