

## 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.

N° W21-668379

183712

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>3090</u>	Société : <u>Rana</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SAMORAH Ahmed</u>			
Date de naissance : <u>09.01.1952</u>			
Adresse : <u>649 MAYESS MAM EL JADIDA</u>			
Tél. : <u>06 25280916</u>	Total des frais engagés : <u>359,90</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

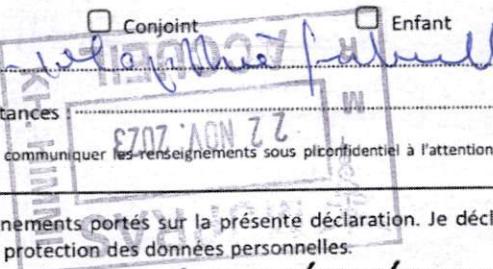
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :	<u>09/11/2013</u>	Age :	<u>50 ans</u>
Nom et prénom du malade :		<u>SAMORAH Ahmed</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		<u>HTA</u>	
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 : El Jadida

Le : / /

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
09/11/23	C		1000,00	INP : 1961048594 Dr. E.L. BELIDE Alain Médecine Générale Médecin Assuré par la Caisse Nationale de Santé 09/11/23

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie H. JADOT INN: 052335292 P Date: 20/11/23	20/11/23	259,96

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

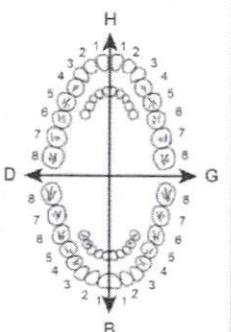
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

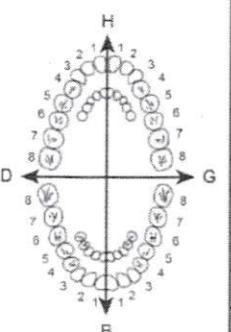
#### Important :

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	INP : <input type="text"/>



### O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. AICHA BELIDI**

**Médecine Générale**

D.U gynécologue obstétrique médicale  
Infertilité du couple – Colposcopie  
Faculté de médecine Mohammed V  
Rabat-Souissi

**الدكتورة عائشة البلعيدي**

**الطب العام**

دبلوم جامعي في طب النساء و العقم  
عند المرأة والرجل . الفحص بالمجهر  
 بكلية الطب جامعة محمد الخامس  
بالرباط السوسيسي



الجديدة في : ٥٩١٨٨١٧٦٢٣ El Jadida :

R-SAMORAH

AHMED

23.00

S.V

wl Perseverse

24.90

S.V

wl spesmoprin

20.40

S.V

31 Metospasmyl

131.60

S.V

wl Solutin - 500

T = 259.90

mp 1

mp

Pharmacie

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40.40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri – Casablanca

Barcode: 6 118001 100293

Lot: M057

Exp: 03/2026

PPV: 131.60DH

LOT 230385  
EXP 03/2026  
PPV 131.60DH



المصوّل : 06 12 02 04 76

Hay Essalam 1 , Imm 715 N° 1- 1<sup>er</sup> étage – El Jadida

حي السلام 1 ، عمارة 715 الطابق الأول – الجديدة

GSM : 06 12 02 04 76