

# 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

- 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.

M22- 0034705

Maladie

Dentaire

*MUPRAS RECEPTION*  Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0002082**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAATOR AICHA Neorre BENRAFALIA ABDERRAHIM**

Date de naissance : **01.01.1960**

Adresse :

Tél. : **06 60 51 29 41** Total des frais engagés : **628,70** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LEMBACHAR Noureddine**  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél. 0522 33 74 30 - Berrechid

Date de consultation : **29/12/2023**

Nom et prénom du malade : **LAATOR AICHA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Donc la 1/2 + Donc la 2/2**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : **29/12/2023**

Le : **29/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**LAATOR AICHA**

**Dr. LEMBACHAR Noureddine**  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél. 0522 33 74 30 - Berrechid

## 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
20/12/2023 C	XN	1506		Dr. LEMBACHA 42 Rue Bir Anza Quartier Industriel 10522 33 74 30 - Berrechid

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien SARL  
ou du Fourguise SARL  
SARL ~~Industrie Pharmaceutique~~  
PHARMACIE D'ASSAINISSEMENT  
MEHDIA HAMMOUDI  
Docteur en Pharmacie  
83, Avenue Marrakech BERRE  
Tél. 05 22 33 61 51

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

20/12/23 478, -7

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الالم

Fait à Berrechid le

26/12/2023

47870  
126,50

LA TARIK AL AYACHE

Argentier 14

15

79,50

Ennouix 5g

15

75,00

100ex 3

15

40,00  
x2

1pr 241  
Copper 20 152

15

76,20

Voltolix 100g

15

47870

Ciclovir 15

15

Dr. LEMBACHAR Nourddine  
42, Rue Bt Anzarane  
Quartier industriel - Berrechid  
Tél: 0522 33 74 30  
0522 33 74 30 - الهاتف

42, Rue Bt Anzarane Quartier industriel - Berrechid - Tél: 0522 33 74 30

0522 33 74 30 - الهاتف

PPV: 126,30 DH  
LOT: 652139  
PER: 04/25

6 118000 160175

LOT 107210/FC11  
PER 01/2026  
PPC 79,50

PPV: 40DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3806

Cetirizine® 20  
PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M764  
6 118000 041016

LOT: GA20261  
PER: 03/2024  
PPV: 75 DH 00

6 118001 101269

VOLTAREN® SR 75 mg  
Comprimés enrobés  
PPV: 76,20 DH

CICLOVIDAL® 5%  
LOT: 230078  
EXP: 12/25  
PPV: 41DH70