

# 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

- Reclamation : 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 : 1384 Société : RAM

Actif  Pensionné[e]  Autre : ND 02095

Nom & Prénom : KhamLichi mohamed

Date de naissance : 01-01-1951

Adresse : Apt 03 bloc N escalier 315 Dar lamane Hay Mohamadi Ain Seba Casablanca

Tél. : 06 02 15 41 42 Total des frais engagés : 15.62,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. OUDRHIRI NAIMA**  
Expert Assermenté  
Derb Inani Rue 29 N°3  
Hay Mohamadi - Casablanca  
Tél : 05 22 62 02 35

Date de consultation : 29/03/2024

Nom et prénom du malade : M. Alaa Ben Abdellah Nouira

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : CHS

Le : 02/04/2024

Signature de l'adhérent[e] : Signature

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
03/03/2024	Consultation	1	15000	Dr. DUDHRIANI Hôpital Sainte-Justine Dr. DUDHRIANI Hôpital Sainte-Justine Dr. DUDHRIANI Hôpital Sainte-Justine

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MENEJERA Samir Anglo Bd. Nouou Smaa Rd Jey Hassani - Casablanca Tél. : 05 22 89 51	29/03/24	1412,20

## 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
		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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth with numbers 1 through 8 on both the left and right sides. The teeth are represented by circles with numbers inside. The diagram is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, a horizontal axis labeled 'G' on the right, and a vertical axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left (number 8) and the second molar on the right (number 5).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وعفيري

الطب العام

طبية محلية

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca. le 29-03-2024 الدار البيضاء في

43,20x2

Mr M. S. A. ALOAUI

1. Rydolac 300



390,00x2

NOURIZ

2. Galvus Met



145,00x2

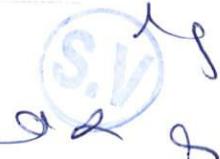
LOT : 9072  
PER : 11/25  
PPV : 145,00 DH  
PER : 11/25  
PPV : 145,00 DH

3. NOVORIBA



80,80

4. Docti



130,80

5. CDT



COOPER PHARMA  
PPV: 130,80 DH

LOT 22/077  
EXP 11/2024  
PPV [REDACTED]

44,20

6. Difal



Dr. OUDI  
Expert  
Dermatolog  
Hay Mehari  
Tél: [REDACTED]

DIFAL®  
Diflufenac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH  
6 118000 190349

141,20

43,20

43,65