

# 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

- 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.

M22- 0027899

Optique 136380  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraite

Nom & Prénom : CHRAIBI SAAD

Date de naissance : 22/11/1949

Adresse : Residence océan - AALN Bld 8 - APP 3

Dar Bouazza - CASABLANCA

Tél. : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : 613,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sara LOUAFIRI  
Médecin Spécialiste en  
Hépato Gastro Entérologie  
Angle Rue Rais Marsil, et Omar Slaoui  
Immeuble 7, Appart 14, Kebibat - Rabat  
Tél. : 05 22 69 24 - 06 97 59 77 92

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2022

Nom et prénom du malade : DR CHRAIBI Saad Age : 73

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prostase hémorragique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : PGH

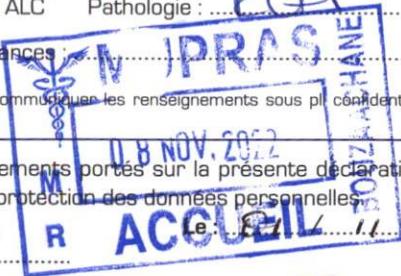
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) : DR CHRAIBI Saad



ACCUEIL 11/2022

#### **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
20/05/2018	Consultation	1	25000	Dr. Sara LOUDON R. Médecin spécialiste en Hépatologie, Gastro Entérologie Anglo-russe, diplômé de l'Université Laval N°2744914- Kéribabas, Québec Télé : 438 37 65 69 24 - 06 9 59 10 95

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE HARI NAJWA Docteur en Pharmacie Ocean Palm - H3 imm 14 MAG 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza 02 12 5 20 62 31 93 - INPE: 092 103 612</p>	07.10.22	4313.50₾

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D<sup>r</sup> ASMAI YASSER

Anesthésiste - Réanimateur

traitement de La douleur  
et soins palliatifs

الدكتور أصمسي ياسر

أخصائي في طب التخدير والإنتعاش

معالجة الألم والرعاية التلطيفية

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE

16 NOVEMBRE

le 07.10.2022

Dr. Sara LOUDGHIRI

Médecin Spécialiste en  
Hépato Gastro Entérologie  
Angle rue Rais Andalouz - Casablanca  
Immeuble 7, Appr 14 - Kébir - Casablanca  
Tél : 05 37 69 69 28 - 06 62 22 22 22

Dr. Elharrabi Sood

40,00

COOPER PHARMA  
PPV: 40,00 DH

LOT 211263  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

① Predni 20 mg

3cp le matin après le

99,00 Reps x 05 jours

LOT F511 PER 11/23  
PPV 14.50 DH

14,50

② Cedex 20 mg

19,60 x 3 1 goutte le matin à jeun

14,50 x 4 x 05 jours

14,50

③ Hemofast Cème + Pepp

1 poudre recouvert de la  
cème 2x(j) x 10 jours



Hemofast®  
Pommade

19,60

+212 (5) 37 67 17 17 L.G  
+212 (5) 37 66 41 50 L.D  
+212 (5) 37 91 03 01  
yasmai@co16.ma

Hemofast®  
Pommade

19,60

clinique d'oncologie 16 novembre

22 Avenue Ahmed Ba Lafrej - Rabat

clinique@co16.ma

57.70

④ Bedelix

BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 57DH70  
LOT : 22009  
PER-01-2027  
118000 010234

1 Soclet 1 à 3x1j

en fraction de transfert

