

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027902

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD  
 Date de naissance : 22/17/1949  
 Adresse : Résidence OCEAN PALM TUNIS 8 APPT 3  
 DAR BOUAZA CASABLANCA  
 Tél. : 0661 002484 Total des frais engagés : 192,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2022  
 Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SAAD Age : 73  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :   
 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 : CASABLANCA R. ACCUEIL Le : 01/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :   
 MUPRAS 08 NOV. 2022

## 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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE OCEAN PALM  
HARIT NAJWA  
Docteur en Pharmacie

Date de la Facture

PHARMACIE OCEAN PALM  
HARIT NAJWA  
Docteur en Pharmacie

Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1  
19 Route D'azemmour - Dar Bouazza  
Tél : 212520623 - INPE: 092103613

12 f. 90/000

64.40 man

## RADIOPHYSIQUES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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. Sara LOUDGHIRI**

**Médecin spécialiste des maladies  
de l'appareil digestif et du foie**

Échographie abdominale  
Fibroskopie - Coloscopie  
Proctologie



**د. سارة الودغيري**

**طبيبة أخصائية في أمراض  
الجهاز الهضمي والكبد  
الفحص بالصدى  
المنظار الداخلي  
أمراض الشرج والبواسير**

Rabat, le **27/10/2022**



**Mr CHRAIBI SAAD Né (e) le 22/07/1949**

**ORDONNANCE**

PPV 32DH20  
EXP 06/2024  
LOT 13022 8

PPV 32DH20  
EXP 06/2024  
LOT 13022 8

**1) LIDOCAINE GEL**  
2 tubes

Dr. Sara LOUDGHIRI  
Médecin spécialiste en  
Hépatogastroentérologie  
Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui  
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat  
Tél : 05 37 69 69 24  
WhatsApp : 06 61 99 63 34

Lot Ocean Palm  
119 Rue de la Pharmacie  
Tél : 05 37 69 69 24  
06 61 99 63 34  
PHARMACIE OCEAN PALM  
HAJRIE NAJJA  
Docteur en Pharmacie  
14 MAG n°1  
Dar Bouazza  
INPE: 092403613

زاوية زنقة عمر السلاوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيبات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat

الهاتف : 05 37 69 69 24

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com



**Dr. Sara LOUDGHIRI**

**Médecin spécialiste des maladies  
de l'appareil digestif et du foie**

Échographie abdominale  
Fibroscopie - Coloscopie  
Proctologie



**د. سارة الودغيري**

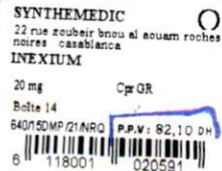
**طبيبة أخصائية في أمراض  
الجهاز الهضمي والكبد  
الفحص بالصدى  
المنظار الداخلي  
أمراض الشرج والبواسير**

Rabat, le **27/10/2022**.....



**Mr CHRAIBI SAAD** Né (e) le **22/07/1949**

**ORDONNANCE**



**1) INEXIUM 20 MG**

1 cp 2 fois par jour 30 min avant le repas x 05 jours

**2) CORTANCYL 20 MG**

3 cp le matin après repas x 05 jours

**PUIS A REVOIR POUR EVALUATION**

225002 12/04

**PHARMACIE OCEAN PALM**  
Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1  
K17 Ma Route D'azemmour - Dar Bouazza  
Tél: +212520 6231 63 - INP: 092103612

**Dr. Sara LOUDGHIRI**  
Médecin spécialiste en  
Hépatogastroentérologie  
Angle rue Omar Slaoui, et Omar Slaoui  
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat  
Tél : 05 37 69 69 24  
WhatsApp : 06 61 99 63 34

زاوية زنقة عمر السلوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيبات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat

الهاتف : 05 37 69 69 24

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com