

## 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° W21-626075

138.280

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1288 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Clofik Nouria

Date de naissance : 7/10/1964

Adresse : 15/16 Bouskoura

Tél. : 066916653 Total des frais engagés : 158,16 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr M'hamed CHRAIBI  
Spécialiste O.R.L.  
47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Yousef  
Tel: 0522 20 69 43 0522 20 77 67  
- Casablanca -

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/22

Nom et prénom du malade : Chafik Djouzia Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie ore

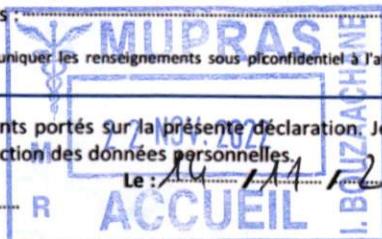
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : 11/11/22

Signature de l'adhérent(e) : R. BOUZACH



## 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
10/11/2021	Ca	1	3000	INP : 0810948171 Docteur M. M. Spécialiste O. M. 10/11/2021 Boulevard Anatole Bd. Anatole 0522 29 69 43/05/2021 20 77 67 Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.11.122	1870

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G															
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D																
B																		
35533411 11433553																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

32,60

PPV (DH):

LOT N°: 1 34

UT. AV.: 0 9 2 6

موكسول®

أميروكسول

سون سكر

45,80  
202002 12/20

Madame CHAFIK Mounira

75,40 1) ZITHROMAX 500 CP

1 comprimé le matin 3 JRS

48,80 2) CORTANCYL 20 mg RSS

3 comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

2 comprimé(s) le matin pendant 1 jour(s)

1 comprimé(s) le matin pendant 1 jour(s)

32,60 3) MUXOL SIROP

1 cuillère à soupe 2 fois par jour

09366030/4

الدكتور مهمند الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

Oto-Neuro-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Traitement du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Traitement des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 14/11/2022,

Pharmacie AL MAWLIE  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghri  
Maison d'Enseignement Casablanca - Tel: 0522 22 17 70

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.

Collégial de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Angle Bd Anfa et Bd. Mly Youssef, 2ème Etage

Tél: 05.22.20.69.43 / 05.22.20.77.67/68

Fax: 05.22.20.71.91 - Casablanca

PE: 091042911 - ICE: 001638091000051

Résidence Roia : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05