

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9263 Société : R.A.M 244579

Actif  Pensionné  Autre :

Nom & Prénom : MOUSETTAHAR AHMED

Date de naissance : 01/01/1950

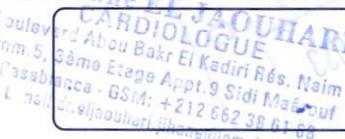
Adresse : LOTISSEMENT AL ADARISSA - N°141 SIDI TAAROUF CASABLANCA

Tél. : 0681 31 10 68

Total des frais engagés : 2764,10- Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5.01.2023

Nom et prénom du malade : Narsa K. Fahima Age : 20/10/13

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HIA / Diabète / AVC I

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

Le : 05.01.2023

Signature de l'adhérent : [Signature]

#### **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
10/11/2013	CHIRURGIE	6	300000	DR. JACQUES CAUDOLOGUE Signature : Dr. J. Caudologue Date : 10/11/2013

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><del>Pharmacie AL ABE Dr. S. EL RAIBI 45, Lot 2 Avenue Sidi Maârouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65</del></p>	05/01/2023	1 = 24.64, 10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

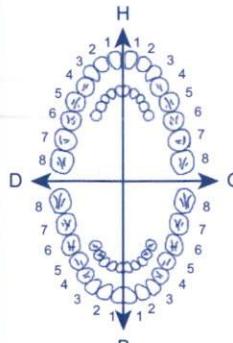
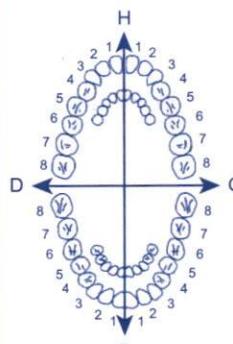
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	21433552											
D	00000000											
B	00000000											
G	35533411 11433553											
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

# Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

- Spécialiste en Cardiologie
- Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



الدكتورة للا جهان الجوهرى

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة كلية الطب بالرباط

خريجة كلية الطب فيكتور سيميلين بوردو فرنسا  
في تشخيص أمراض القلب بالصدري

طبيبة سابقاً بالمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

طبيبة سابقاً بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Le 5/01/2023

H<sup>me</sup> Nariaki Fahima.

40,50 x 4

1) Tadyfuron 20,00 cpt Polt 1 noi  
Luis 1 cpt Polt 2 noi

208,00 x 3

2) Covercet 15,14 pt  
37,00 x 3

3) Biprof 2,5: 1 cpt

103,40 x 3

4) Tabor 20: 1 cpt

71,30 x 3

5) Tanacet: 1 cpt x 2

95,00

6) Extrumag: 1 cpt multi (31 noi)

316,00 x 3

7) Plavix 75: 1 cpt multi 3 mois

T = 2664,10



UT. AV. : 02 2025 P.P.V  
LOT N° : 103 40  
F Y 4485

PPV 70,00  
LOT 103  
PER 70,00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Plavix 75 mg. cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

UT. AV. : 02 2025 P.P.V  
LOT N° : 103 40  
F Y 4485

PPV 70,00  
LOT 103  
PER 70,00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Plavix 75 mg. cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

UT. AV. : 02 2025 P.P.V  
LOT N° : 103 40  
F Y 4485

PPV 70,00  
LOT 103  
PER 70,00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Plavix 75 mg. cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

04/2022  
04/2025  
0222034

PPC = 95,00 DHS

Nariaki, Fatima

5-Jan-2023 11:35:44

ID:  
D-naiss:  
ans,

Frq. Card.: 72 BPM  
 Int PR: 137 ms  
 Dur.QRS: 83 ms  
 QT/QTc: 362/386 ms  
 Axes P-R-T: 39 29 -14

T<sup>A<sub>c</sub></sup> Alg | 70 - Hg

**Dr. Jihane EL JAOUHARI**  
CARDIOLOGUE  
Cabinet : Abou Bakr El Kacir, Res. M'sim  
Boulevard 1er Mai, 9<sup>e</sup> étage, Appart. 9-12  
Imme. 5, 3<sup>e</sup> étage, Casablanca - GSM : +212 662 36 61 68  
E-mail : dr.jihaneeljaouhari.jihane@gmail.com

