

# 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.



LamiR KHADiJA  
VEUVE MOUSTAHSINE TIBARI

Déclaration de Maladie : N° S19-0049691

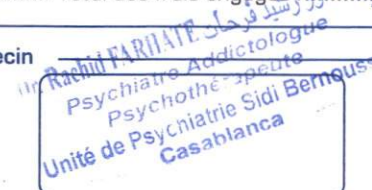
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0011875 Société : A69732  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DAMIR KHADiJA Date de naissance : 1944  
Adresse : OULAD AZZOUZ, Bloc 6 N°19, OULFA OASA  
Tél : 0678 91 7070 Total des frais engagés : 1893,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2023  
Nom et prénom du malade : M. Damir Khadija Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affectus  
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 : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

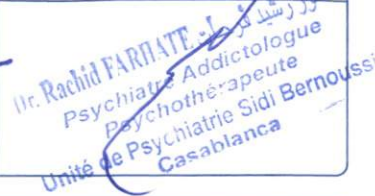
- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 - 5ème 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



# 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
26/07/23	CAD		400,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/7/23	14.937,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

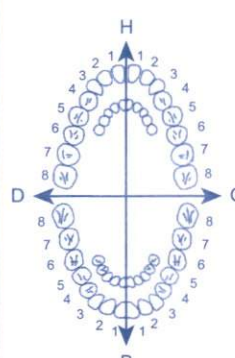
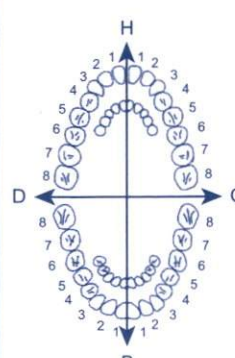
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

PHARMACIE MILAD  
 Mme Samira MILAD  
 183, Bd Sidi Abderrahmane  
 Hay Salam - C.I.L. - Casablanca  
 Tél. 94 65 30 - 0522 94 29 49  
 INPE 092042654

ROYAUME DU MAROC  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
 Direction Régionale Casablanca  
 Délégation de la Préfecture de Sidi Bernoussi

المملكة المغربية  
 وزارة الصحة  
 المديرية الجهوية الدار البيضاء  
 مندوبية عمالة مقاطعات سيدي البرنوصي

26-07-23

**ORDONNANCE**

الدكتور رشيد فرحات  
 Mr. Rachid FARHATE  
 Psychiatre Addictologue  
 Psychothérapeute  
 Unité de Psychiatrie Sidi Bernoussi  
 Casablanca

*Samir Phardji*

98.30  
 X 5

1° *Athyamine 20g*



N° 10796  
 26/7/23  
 Sides

2° *Scitry 20g*



N° 10797  
 26/7/23  
 3 Rtes

190.70  
 X 3

3° *Scroquel 25g*



N° 10798  
 26/7/23  
 2 Rtes

150.60  
 X 2

4° *Sanctal 20g*

**SIGNATURE**

N° 10799  
 26/7/23  
 1 R

128.30

الدكتور رشيد فرحات  
 Mr. Rachid FARHATE  
 Psychiatre Addictologue  
 Psychothérapeute  
 Unité de Psychiatrie Sidi Bernoussi  
 Casablanca

*Luisant*

5° *Anxiol 10g*

$\frac{1}{4} \times 15i$   
 $\frac{1}{2} \times 15i$   
 $\frac{1}{2} \times 15i$   
 $\frac{1}{4} \times 15i$   
 $\frac{1}{2} \times 15i$

*Luisant*

1493.70



total : 1493,70

blx 3mg

Rachid FARHATE  
Psychiatre Addictologue  
Psychothérapeute  
Unité de Psychiatrie Sidi Bernoussi  
Casablanca

Pharmacie MILAD  
Mme Samira MILAD  
283, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca  
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 4  
INPE: 0522 42554

LOT 230358  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

LOT 230358  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

LOT 230358  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

LOT 230359  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

LOT 230358  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

LOT : KE10151  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70

LOT : KE10151  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70

LOT : KE10151  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70

128,90

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

25mg Cpr enr  
Boîte de 60

26816 DMP/21/NSF P.P.V. : 150,60 DH

6 118001 021338

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

25mg Cpr enr  
Boîte de 60

26816 DMP/21/NSF P.P.V. : 150,60 DH

6 118001 021338