

# 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="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0019973

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2388

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

172514

Nom & Prénom : RAJI OMAR

Date de naissance : 1947

Adresse : 30 Rue 2 el ouf, cheram, Casablanca

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/08/2023

Nom et prénom du malade : RAJI OMAR ..... Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

pathologie digestive

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

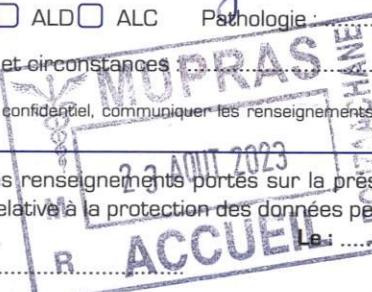
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : ..... le ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL



### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/08           |                   |                       | 350 DH                          | <i>[Handwritten signatures and a large circular stamp reading "Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes" over the date]</i> |
| 08/08/23        |                   |                       |                                 | <i>[Handwritten signature "Gr" over the stamp]</i>  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA RESIDENCE EN ANNAIS    | 04/08/23 | 371,45 DH             |
| SIHAN GTE CASABLANCA                   | 08/08/23 | 114,15 DH             |

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

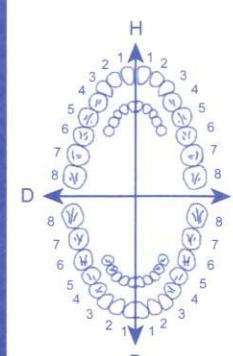
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

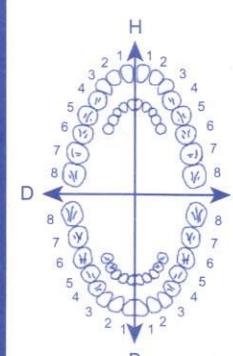
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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   |                   |
|---|-------------------|
| H   | 25533412 21433552 |
| D   | 00000000 00000000 |
| B   | 35533411 11433553 |
| G   |                   |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b>   |                   |
| 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

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif  
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire  
hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale  
française de gastro-entérologie

Echographie-gastroscopie-coloscopie  
Proctologie médicale et chirurgicale

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد-المعدة-المريء-الأمعاء  
البواسير-أمراض المخرج  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
**عضو بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي**  
الشخص بالصدى الشخص بالمنظار  
جراحة المخرج

Casablanca, le : 04/08/23

M R Raji oumar

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAÏM  
Silham GERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
Résidence Annaïm - Oulfa  
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

11.00  
3/1  
Tramadol sachet  
SV  
I b/s  
1 c P de matin (1 mois)  
Hemofest SV  
1 suppo le soir (10j)  
duoxol 50  
1 c p x 2/j  
= 371.45 CHF  
ems

Cabinet Dr. Meriem El Quardi  
Hôpital Hassan II Casablanca  
Tél: 05 22 90 72 98

Dr. Meriem El Quardi  
Hôpital Hassan II Casablanca  
Tél: 05 22 90 72 98

LOT : 3201  
PER : 03 - 28  
P.P.V : 45 DH 90

14,50



maphar   
Boulevard Alkmia n°6  
Quartier Industrie Sid Berrouse Casablanca - Maroc  
FORTRANS SAC B4  
P.P.V. : 142,20 DH  
6118001181209

LOT : W24300  
Exp : 09/2025



## إختصاصية

## SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire

hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale

française de gastro-entérologie

Echographie-gastroscopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale



في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-المراة-الماء

البواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج

Casablanca, le : 08 / 08 / 03

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAJM  
 SIDI GUERRAOUI  
 Docent et pharmacie  
 4, Résidence Annajm - Casablanca  
 tél: 05 2289 43 09

MR Raji Amor

~~142,00~~

11 F octobre s odier

13 odiel deus 1 litre

6 odiets = 6 litre

Jeu di 8 h à 23 h

Cabinet clinique elouardi

jeudi à 19 h

~~12.30~~

2) cont close

2 EP x 2%  
(jundi) ems

~~T = 154, f = DH~~

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sidi Am Guerraoui  
Doctor en Pharmacie  
4, Résidence Annaïm - Oulfa  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Casablanca - Tel: 05 22 90 72 98  
Lot 1155 Fatah 6, Km 10 - Oulfa  
et PROTOFORTE  
Dijabdo - Garsa - Elmetroudi  
El Aouia - Tanger - Oued Zem

~~Wnched  
el Ghedid  
Jem  
Sly~~