

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	190	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	30/09/2012	Age :	52
Nom et prénom du malade :	Allal Ben Abdellah		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :

## 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
31/08/23	C a s	G		<i>[Handwritten signatures and a large blue stamp reading "CACHET DE LA SOCIETE D'ASSURANCE SANTE DE LA CHAMBERAISSE" over "Paiement des actes effectué le 31/08/23"]</i>
27/09/23	C a s	G		<i>[Handwritten signatures and a large blue stamp reading "CACHET DE LA SOCIETE D'ASSURANCE SANTE DE LA CHAMBERAISSE" over "Paiement des actes effectué le 27/09/23"]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i>	27/09/23	833,40
	31/08/23	205,20
		652,90

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

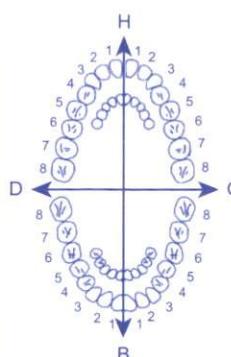
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

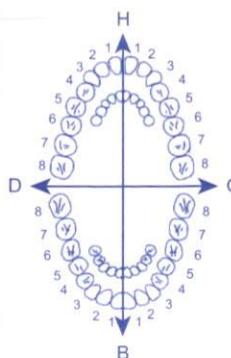
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION  COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
				

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 00000000 00000000	G	21433552 00000000 00000000
D	35533411	B	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Docteur M'hamed LEMSEFFER*

CHIRURGIEN UROLOGUE

## **Endoscopie et Chirurgie des Reins et des Voies Urinaires**

Greffes Rénales

#### **intrinsie Extra Corm**

## Ektoptric Extra Corporelle Stérilité Masculine

### **Série Masculine**

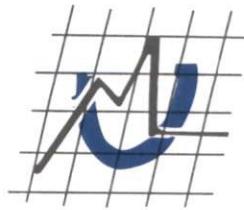
## Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

## Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

## Ancien Chef de Clinique Urologique

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جامعة الكلية والمسالك البوالية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

الكلية الحدادة للمصلحة سابقاً

الآن لا يزال قراره ثابتًا حتى لو لم يتحقق

الدار البيضاء في : ..... Casablanca, le ..... 27 SEPT 2022 .....

74.80

Maziz Alshabani

Vitamine C 15 x 30 i (n-1)

78.02

ASS'T H. S.

~~5150d ep lez gl-~~

205,20

**En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80**

٢٤ - نفقة العلواني في بوركين (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف: ٠٥ ٢٢ ٢٧ ٤١ ١٧ / ٠٥ ٢٢ ٢٠ ٦٤ ٨٣ - الفاكس: ٠٥ ٢٢ ٢٠ ٩٦ ٦٣

24 Rue El Alloussi - Bourguane (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

**VITATINE® GÉLULES**

11 vitamines + Fenugrec



6 111255 810154

N° 2021060



12/2025 PPC 74,80  
LOT 22.336/FC18

05 1689349



PPC : 79DH00



6 1118000 230175

10 comprimés pelliculés

gros flacon

SPECEN® 250 mg

gros flacon



SAINHO



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE  
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE  
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR :

D. Lemkhef

CASABLANCA Le :

31/08/2023

M. Azziz

Abdelkader

170.00  
97.90

& OFFKee dousig

21.00

11px 21.

& RACiper. ecg

65.00

14/14 Mat

**URGENCES 24/24**

LOT 230922  
EXP 02 25  
PPV 170.00 DH

OFIKEN® 200 mg

Céfixime

Boîte de 16 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 022343

LOT 230922  
EXP 02 25  
PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS  
4 4 4 4

OFIKEN® 200 mg

Céfixime

Boîte de 16 comprimés

Remboursable AMO



LOT 221866 1

EXP 05 24  
PPV 97.90 DH

Ofiken® 200 mg

Céfixime

Boîte de 8 comprimés pelliculés

Remboursable AMO



RACIPER® 40 mg

28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



6 118001 300754

PPV:215DHOU