

# 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.

M23-0027976

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHRAIBI FAICAL  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : lotissement Attadameur  
 Rue 6 N° 57 Oued FA  
 Tél. : 0666.198563 Total des frais engagés : 0000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade : CHRAIBI FAICAL Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HBP

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 : Casablanca Le : 18/10/2023

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
18/10/23	CS		gratuit	<i>Dr. Mohamed Benbakkour</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SAPHIR Ime. Benbakkour 14, 3d. 1000 Casablanca Tel: 0522 3601 54</i>	18/10/23	337,50

### 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
		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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	B G	

  

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	
					[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Casa le 18/10/23

Mr/Mme Chraibi Faical

4350

1°/ Myostes



2°/ Tamoxifène



48.000 Dhs. 1 gel/j le soir x 3 mois

33750

صيدلية صوفيا  
PHARMACIE SOPHIA  
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui  
214, 3d. Ibt. 1 Sina - CASA  
Tél: 0522 36 01 64

Cachet du médecin



الدواء

الدواء 30

الدواء

دواء ذات تحديد بدل

٤٠ mg

لوزينام مامولوزين باراك

بوزتريز بيت زوم كوما

RESPECTER LES DOSES  
مقدار المعيينة

Uniquement sur ordre  
ب وصفة طيبة - لادحة ا

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعيينة  
Uniquement sur ordonnance - Liste I

يشرف فقط بموجب وصفة طيبة - لادحة ا

R.: 08 2024

I : 22E006

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V:98DH00  
O  
9 118000 062257

PER.: 08 2024

LOT : 22E006

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V:98DH00  
O  
9 118000 062257

POSOLOGIE / الدواء	MATIN / الصبح	MIDI / الريل	SOR / المساء	REPAS / الوجبات

الدواء - HORAIRES / المقادير

ج.ت.م. ج.م. ج.م. ج.م. ج.م.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

6 113

Solution :

MYCOS



Pierre  
m  
km 10, rc  
duarifler industri  
Casabla

لری افتنیویمین  
ارغان  
لری افتنیویمین  
لری افتنیویمین  
لری افتنیویمین

43,50

المواعيد / المقادير / HORAIRES / POSOLOGIE

MATIN / الصباح /

MIDI / الزوال /

SOIR / المساء /

REPAS / الوجبات /