

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

189938

189936

R.A.M

Matricule : 02767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DARBA LI

Mohamed

Date de naissance :

01-01-47

Adresse :

si de Bernacissi - 17 av ALQads Residence

AL Fajri n°n Azz 30 hours NR 13 Casablanca

Tél. : 05 22 64 34 12 24 Total des frais engagés : 845,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

RAÏFI MALIKA

Age :

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 : 08/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

M R AOUFI

## 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
08/01/24	C2	300,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05/10/24	05/10/24	545,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
					Date du devis												
					Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr GOURINDA Mohammed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif  
 Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie  
 -CHU IBN ROCHD-  
 (Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Colon)  
 Proctologie Médicale et chirurgicale  
 (Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)  
 Technique d'Hémorroïdectomie au ligature  
 Fibroscopie - Colonoscopie - Echographie Abdominale



# الدكتور محمد ثوريندة

إخلاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
 إخلاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي - ابن رشد  
 التهاب الكبد الفيروسي ، المعدة ، المراة ، الأمعاء ، القولون  
 أمراض المخرج ، الشق الشرجي  
 وجراحة البواسير بالليزر  
 الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة و القولون  
 الفحص بالصدى

05/01/24.

Zaini malika

OR 20 mg 28 comprimés effervescents  
 PPV 118DH50 | EXP 08/2025  
 LOT 35026 8

A ut. av. : 23029  
 12/24  
 89,00  
 PPC (DH) :

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 338,00 DH  
 6 118001 141111

118,50

1, Ixor 20mg C8 = 20 SV

89,00 1 - 0 - 1 x 14,

3 Tcdigest Sachet SV

1 Sachet x 3 < 10 apres

338,00

3 Seretide 5mg SV

2 bouches /

T 545,50

Dr. GOURINDA MOHAMMED  
 Spécialiste Des Maladies  
 de l'Appareil Digestif  
 N°50 Bloc 42 Hay Alifak Sidi Bernoussi  
 Casablanca Tel: 05.22.75.60.99

Dr. GOURINDA MOHAMMED  
 Spécialiste Des Maladies  
 de l'Appareil Digestif  
 N°50 Bloc 42 Hay Alifak Sidi Bernoussi  
 Casablanca Tel: 05.22.75.60.99

الاثنين - الجمعة : 9 صباحاً إلى 16:30 بعد الزوال  
 السبت : 9 صباحاً إلى 13:00 زوالاً

lundi - vendredi : 9h:00 - 16h:30  
 Samedi : 9h:00 - 13h:00

Bloc 42 N50 Bd. Ahmed El Abdi (prés Cinéma Salam) Sidi Bernoussi - Casablanca - Fix Cabinet: 05 22 75 60 99 -GSM 06 72 22 14 97

بلوك 42 رقم 50 ، شارع أحمد العبدى (أقرب سينما السلام سابقاً) سيدى البرتوصي الدار البيضاء - هاتف العيادة : 0672226497 0522756099 المحمول :