

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Biologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Education :**

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.

## **caire :**

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.

## **die 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

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 - 6ème 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **00782**

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : **HAIITA****Mohammed**

Date de naissance :

Adresse : **Rue 30 N° 24 KAY ADIL Casablanca**Tél. : **06.67.04.80.50**Total des frais engagés : **737,70**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **MOUACHOU HAITA**

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

*Haita*

## 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
11/03/2023	02	Gr		<i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	24/03/2023	130,00

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient des Travaux</b>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b>		
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>			<b>DATE DU DEVIS</b>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Dr. Saïd CHRAIBI**

Professeur en Cardiologie  
de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique  
Hypertension artérielle - Echographie Doppler  
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



**الدكتور سعيد الشرايببي**

أستاذ في أمراض القلب  
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي

الشخص بالصدى - الهرطير - الشخص بالجهد

Casablanca le : ٢٤.٣.٢٠٢٢

Jane Gran Schen P15.002

830x5

lourcer 2 50 / 215

(2)

- 0 3 1 7 8 3 2 8

21. 80x9

Aspergil 100

(2)

- 0 1

3misi

Professeur Dr. Saïd CHRAIBI  
Cabinet d'Explorations Cardiaques et Vasculaires Dr. Saïd CHRAIBI  
Bd Anoual et Bd Abdelmoumen Casablanca  
el Anoual 1000 Casablanca  
05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

مركز عبد المؤمن - تقاطع شارع عبد المؤمن وشارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5<sup>ème</sup> étage, n°501 (au dessus du café Le Medina), Casablanca

الهاتف / الفاكس : sdchraibi@gmail.com - urgences : 06 64 476 471 - Tél/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

PER:06 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	CO-ACARD® Losartan (DCI) potassium / Hydrochlorothiazide (DCI) 28 Comprimés pelliculés  6 118000 340683
LOT : 19E005 PER.:06 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	108,30
LOT : 19E005 PER.:06 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	CO-ACARD® Losartan (DCI) potassium / Hydrochlorothiazide (DCI) 28 Comprimés pelliculés  6 118000 340683
LOT : 19E004 PER.:01 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	108,30
LOT : 19E004 PER.:06 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	CO-ACARD® Losartan (DCI) potassium / Hydrochlorothiazide (DCI) 28 Comprimés pelliculés  6 118000 340683
LOT : 19E003 PER.:03 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	108,30
LOT : 19E003 PER.:06 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	CO-ACARD® Losartan (DCI) potassium / Hydrochlorothiazide (DCI) 28 Comprimés pelliculés  6 118000 340683
LOT : 19E003 PER.:03 2021	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V :21DH80  6 118000 061113	LOT 200107 EXP 01/2022 PPV 108.30DH