

## 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 |

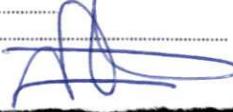
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

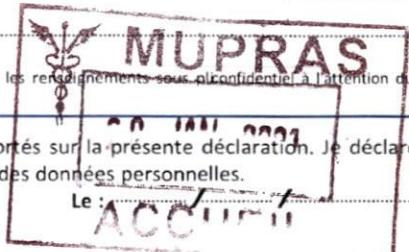
N° W19-511325

56068

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4616	Société :	RAN Retraitee
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NEZ BENHATIRA NAJAT			
Date de naissance : 13 1 1956			
Adresse : 86 ville Amfa II IAI Bouazza			
Cesa			
Tél. : 06 61 23 83 84 Total des frais engagés : 19 84,30 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">    <small>Praticien : Dr. N. BENHATIRA Abdellah - 6ème Etage - Casablanca et Allal Ben Abdellah - 6ème Etage - Casablanca 05 22 20 45 45 / 05 22 86 04 45</small> </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/12/2012			
Nom et prénom du malade : BENHATIRA NAJAT Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : H7A			
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 : Cesa  
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
16.12.2023	CS	1	300,00	INP INP 091026674 Dr. Abdellatif Aouad Cardiologue Necmouen Sector Aouad Bd. Abdelmoumen Casablanca Tel. 05 22 86 00 46 / 05 22 86 04 45

Dr. Abdellatif Aouad  
Cardiologue  
Necmouen Sector Aouad Bd. Abdelmoumen  
Casablanca  
Tel. 05 22 86 00 46 / 05 22 86 04 45

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OCEAN BAY Filiale Fouad Ocean Bay 127, Dar Bouazza	16.12.2023	1530,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

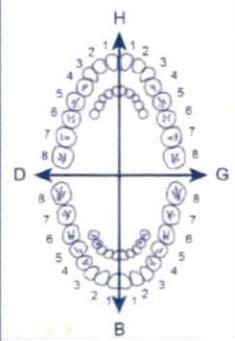
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

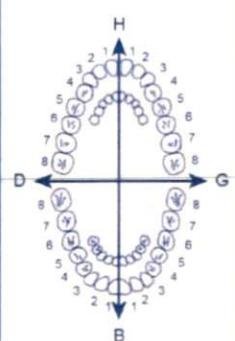
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Saïd CHRAIBI

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



# الدكتور سعيد الشرايبى

أستاذ في أمراض القلب  
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

## Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

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

أخصائي في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي

الشخص بالصدى - الهرولطير - الشخص بالجهد



6 118001 040759  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
(Telmisartan/amlodipine)  
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 267 DH 00



6 118001 040759  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
(Telmisartan/amlodipine)  
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 267 DH 00



6 118001 040759  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
(Telmisartan/amlodipine)  
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 267 DH 00



6 118001 040759  
TWYNSTA® 80 mg/5 mg  
(Telmisartan/amlodipine)  
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 267 DH 00

31/05/01

2671 x 4

- Twinsta 80/

1cp/

1541 x 3

- Scitap. 13



1638

21.12.20

HARMACIE OCEAN BAY  
Filali Aoual Fouad  
Ocean Bay

LOT : KE00020  
PER : NOV 2021  
PPV : 154 DH 30

LOT : KE00069  
PER : JUL 2021  
PPV : 154 DH 30

LOT : KE00020  
PER : NOV 2021  
PPV : 154 DH 30

HARMACIE OCEAN BAY  
Dr. Filali Aoual Fouad  
127, Ocean Bay  
Dar Bouazza

CABIOLOGUE  
Angle Bd. Abdelmoumen  
et Anoual Casablanca  
5ème Etage / 05 22 86 00 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

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - المستعجلات : Tél/Fax: 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

الهاتف / الفاكس : الهولطير - الشخص بالجهد