

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-660086

90076

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11406		Société : R. A. of	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL BJAOUNI RACHID
Nom & Prénom : EL BJAOUNI RACHID		Date de naissance : 16-04-1976	
Adresse : Ros Andalousse 3 Rue API 40 La Guérude Casablanca		Tél. : 06 46 54 45 96 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	<i>DR. Soudad CHRAÏBI Gynécologue Obstétricienne Gard 74 Av. Stendhal Rés. Fleuri Maârif Casablanca 05 22 23 23 26 / 06 23 11 95 86</i>		
Date de consultation :	15-02-2021	Age :	29
Nom et prénom du malade :	SABER HANANE		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	CSP + Path		
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
11-10-2021	CS	2		 Dr. Soundarajan Spécialiste en Médecine Générale 1074 Av. Stendhal Casablanca 26/06/23 11:56:56

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cahier du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KOENINKOU Cahier du Pharmacien ou du Fournisseur Rue IV AMBIE caupre - CASABLANCA Tel: 02 83 59 58	15/10/24	538.60

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

الدكتورة سعاد الشريابي

خريجة كلية الطب بنانسي  
طبيبة ملحقة سابقاً بمستشفى نانسي  
اختصاصية في أمراض النساء  
والولادة

عقم الزوجين - أمراض الثدي  
الفحص بالصدى - الجراحة النسائية  
الجراحة بالمنظار الداخلي

الهاتف : 05 22 23 23 26

أموكسيسلين + حامض كلافيلاز

LOT : 7541  
PER : 02-23  
P.P.V : 132DH00

125غ/amp

كبس 16

Cmurge Gynéologique  
Célio - Chirurgie

Tél. : 05.22.23.23.26



EMULSION REPARATRICE

LOT: BFZ77

EXP: 06/2024

PPC: 175.00DH

Casablanca, le

15/10/2021 الدار البيضاء في

132.00

89.50

- Nouvelles 66.00x2

10.40

175.00

538.60

Dr. Souad CHRAIBI  
Gynécologue Obstétricien  
Spécialiste  
Gold 14 Av. Stendhal  
Gold Maârif Casablanca  
Tél: 06 23 11 95 68

06.61.18.01.45 - المغارف - قل فلوري - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.23.23.26 - المستعجلات : 06.239.725.00 - 06.239.726.00

Rés. GOLD 1er Étage N° 74 Angle Av. Stendhal & rue Montaigne - Val Fleuri - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 23 23 23.

E-mail : souad-chraibi@hotmail.fr البريد الإلكتروني :

PARANTAL® 20 COMPRIMES

PPV 10DH10 EXP 04/2023  
LOT 04047 1

# Fitolat<sup>®</sup>

À base d'actifs naturels

30 comprimés  
voie orale

Pharmalife  
RESEARCH

Lot: 210220  
A consommer de  
préférence avant le: 04/2026  
PPC: 89,50 DH



L.P.T  
EXP

210492  
02/2024

P.P.V : 66.00 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA



2000 UI anti - Xa/0,2 ml

2 seringues pré-remplies



2000 UI anti-Xa correspondant à 20 mg  
Solution injectable

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOIR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MATIN MIDI

DURÉE

NoveX  
Enoxaparine sodique

