

# 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.

## 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050503

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GURICHAT Mohamed

Date de naissance : 10-08-1965

Adresse :

Tél. : 06 74 00 79 41 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL KADRI J  
Gynécologue - Accoucheur  
7 Lot JEDDAH BERRECHID  
Tél: 05 22 32 76 98 Fax: 05 22 32 00 81

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GURICHAT DOHA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dysfonctionnement du cycle

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) :



### RELEVÉ 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
29 SEPT 2021	S		260,24	Dr. EL IRAKI Gynécologue - Accoucheur 7 LOUJEDDAH - BERRECHID Tél: 0522 32 75 98 Fax: 0522 32 80 84

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IRAKI Dr. Youssef EL IRAKI 267, Rue LOUJEDDAH - BERRECHID Tél: 0522 32 83 22	29 09 21	307,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>				Coefficient DES TRAVAUX												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# صحة الشفاء CLINIQUE CHIFA

**Docteur EL KADRI Jamal**

Gynécologue - Accoucheur

Chirurgie Gynecologique

Chirurgie du Sein

Coelio Chirurgie

Colposcopie - Hystérocopie

Infertilité des Couples

Maladie Sexuellement transmissible

**الدكتور جمال الكادري**

أمراض النساء والتوليد

جراحة أمراض النساء

جراحة الثدي

جراحة بالمنظار الداخلي

العقم عند الزوجين

الأمراض المنقولة جنسيا

**29 septembre 2021**

**Mile GURICHAT Doha**

## ORDONNANCE



060002557

Berrechid, le : .....

1/ EXACYL 500 MG

2cp x 2 / jour/5J

2/ DUPHASTON 10

1 cp x 2 / jour J11 J25 /3MOIS



**Dr. EL KADRI. J**  
Gynécologue - Accoucheur  
7, LOT JEDDAH  
BERRECHID  
Tél: 0607 10 46 49  
Fax: 0622 32 80 81

صيدلية  
**Pharmacie EL IRAKI**  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue DAKHLA BERRECHID  
TEL : 0522.32.83.45

7، تجزئة جدة - برشيد الهاتف / الفاكس : 06 07 10 46 49 المحمول : 06 61 14 32 05

7, Lotissement Jaddah - Berrechid Tél./ Fax: 06 07 10 46 49 Gsm: 06 61 14 32 05