

## 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° W21-611180

404 022

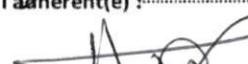
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>67462</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>LARAAQI HOUSSAINI DAD</b>
Nom & Prénom : <b>07-08-66</b>			
Date de naissance : <b>31/12/1986</b>			
Adresse : <b>31 D Karam 82 Nefra</b>			
Tél. : <b>064335007</b> Total des frais engagés : <b>2693</b> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr SEFRAOUI Maher</b> <b>Hépatologue Gastro-Enterologue</b> <b>175, Rue Boukraâ - Casablanca</b> <b>Tél: 05 22 27 78 18</b> <b>fax: 091127209</b>			
Date de consultation : <b>28/10/98</b>			
Nom et prénom du malade : <b>LARAAQI HOUSSAINI Ghali</b> Age : <b>28</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Heummid</b>			
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 : **10/01/01**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **10/01/01**







#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE LUXEMBOURG</b> <b>Lamia MANDRE</b> 24, Lot. Yasmina les Crêtes Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57	09/09/02 (2)	669,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

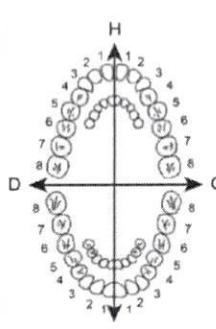
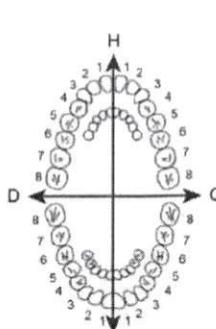
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B		B																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			

# Dr Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

• Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis  
(Hémorroïdes, maladies anales...)

• Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat  
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris

Vidéo-endoscopie digestive

Echographie

# الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

· خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج

· طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط

وفي مستشفى ليوبولد بلان باريس

التشخيص بالمنظار الداخلي

الكشف بالصدى

Dr Lahouaoui Houssam Chali 609.02.22

80.00

Detmudet des



ly 22  
(hili)

73.50

x 2

Forune



ly 22

1.6.00

maphar  
Quartier Industriel Sidi Bennouss Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. 73.50 DH  
6118001181193

LOT : U08531  
Exp : 04/2024

+ 19.30

Rhume



maphar  
Quartier Industriel Sidi Bennouss Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. 73.50 DH  
6118001181193

LOT : U11870  
Exp : 05/2024

£ 68.30

Mohamed Chali

Dr. SEFRAOUI Maher  
Hépatologue-Gastro-Enterologue  
175, Rue Boukraâ - Casablanca  
Tel: 05 22 27 78 18  
INPE: 091127209

إقامة جاسم حسام، 175 زققة بوكراع، الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف وزققة المعرض الدولي) الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 27 78 18 - الفاكس: 05 22 27 78 29 - الهاتف المحمول: 06 61 33 30 04

17  
LOT: 210757  
PER: 05-2024  
PPV: 16,00DH

LOT: 211441  
PER: 09-2024  
PPV: 19,30DH

UT. AV.: 00 24  
LOT N°: FE 4285  
P.P.V  
80,00