

## 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° W21-724931

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
*Par Mohya*

Matricule : **4236**

Société : **RAP**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom :

**HARAKAT Wafa**

Date de naissance :

**25/06/1954**

Adresse :

**Par Harakat, Rue Tel Agaouka - CIC Cap**

Tel. : **0663 444 000**

Total des frais engagés : **111 180** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Drl ABYAD**  
Chirurgien Urologue  
Tél. : 06 60 75 22 24

Date de consultation :

**28/10/2022**

Nom et prénom du malade :

**Harakat Wafa**

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

**génital**

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 : **08/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

**Harakat**



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Melle EL MOUNA Docteur en Pharmacie 7, Rue Aïn Asserdoune, C.I.I Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85</p>	23/09/22	1111.8

## **ANALYSES - RADIographies**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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



ARDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le..... 23 / 03 / 22

**PHARMACIE LA SOURCE**  
Melle EL MOUMNI MOUMNA  
Docteur en Pharmacie C.I.L.  
7, Rue Ain Asserdou 230 24 85  
Casablanca - Tél: 05 22 77 28 28

Mme Hara Kof Wafa



No x 2  
PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUMNA  
Docteur en Pharmacie C.I.L.  
7, Rue Ain Asserdou 230 24 85  
Casablanca - Tél: 05 22 77 28 28

1) Ofiken

SV

SOURCE  
UNA  
pharmacie  
C.I.L.  
230 24 85



No x 2  
22. local -

SV

10  
2

2) Undine cp

SV

No 1)

SV

Lot N° :  
Fab :  
Per :  
PPV : 172,20 Dhs  
PPV : 172,20 Dhs

6 118001 272952

LOT: 22101A  
EXP: 01/2024  
PPV: 280.000DH

Distribution: HEALTH INNOVATION  
10 Rue Pasteur, Casablanca  
+212 52 22 51  
Contact: healthinnovation.ma  
www.healthinnovation.ma  
N° Enregistrement de la vente:  
20212010025/V1/DMP/CA18

5 430001 601038

3) Biotina



2801  
45,7 x 2 2fel motin

SV

PPV: 45,70 Dhs

4) Coltrax

No x 82

SV

Coltrax® 4 mg

12 comprimés

PPV: 45,70 Dhs

14.0x4

⑨ Doliprane 1000 mg

14.0x4

(n = )

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUNA  
Docteur en Pharmacie  
7, Rue Ain Asserdouine, C.I.L  
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés

PPV: 14DH00  
PER: 10/23  
LOT: J2680

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés

LOT J1168  
PER 06/23  
PPV 14DH00

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés

PPV 14DH00  
PER 06/23  
LOT J1168

PPV: 14DH00  
PER: 09/23  
LOT: J2028