

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

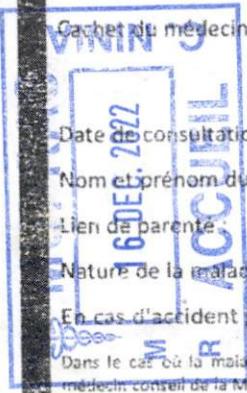
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-769564

141052

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>Medicalis mts</i>	
Matricule : <i>12024</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <i>Coussous dem kelhoum</i>			
Date de naissance : <i>25/12/78</i>			
Adresse : <i>4387 rue des Enfants, CG Rihalle verte</i>			
Tél. : <i>0522 20 69 43</i> Total des frais engagés : <i>842,9 Dhs</i>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Gache du médecin :  Date de consultation : <i>08.11.22</i> Nom et prénom du malade : <i>Coussous dem kelhoum</i> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan Nature de la maladie : <i>Appétion</i> <i>DK</i> 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'adjudicant conseil de la Mutuelle.	
Docteur M'hamed Spécialiste O.R.L. 47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef Tél 0522 20 69 43/0522 20 77 67	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : <i>Laâyoune</i> Le : <i>08/11/22</i> Signature de l'adhérent(e) : <i>Coussous dem kelhoum</i>	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>D. MOUMANE MOU</b>	12/12/2022	542,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## ~~ASSISTANTS AUXILIAIRES MEDICAUX~~

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CRE</i> <i>41 Rue de la République</i> <i>7<sup>e</sup> Etage</i> <i>Ed. B</i>	<i>8/11/22</i>	<i>5</i>	<i>10</i>	<i>no séances</i> <i>de rééducati</i>	<i>0</i>	<i>4000</i>

## 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 d'explorations.

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"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

# دكتور عمر الشرايبي

**Docteur M'hamed CHRAÏBI**

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochlear

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 12/12/2022,

Madame GUESSOUS Oumkeltoum



643084-F035  
PPV: 59,50



131,60



1) CORTANCYL 20 mg RSS  
45,80 3 comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

2) comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

1 comprimé(s) le matin pendant 1 jour(s)

2) INESO 40 mg  
99,00 1 gélule par jour

3) POLERY Sirop A OU ENROUEX  
59,50 1 cuillère à soupe 3 fois par jour

4) SPECTRUM CP 500  
74,80 1 comprimé matin et soir 5 JRS

5) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)  
58,00 1 comprimé le soir 1 MOIS

6) AEROMAX NASAL 200 DOSES  
190,00 2 pulvérisations le matin pdt 1 mois

7) DOLIPRANE EFF 500mg CP  
15,80 1 comprimé 3 fois par jour

548,90

Résidence Ro'a : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
Angle Bd Anfa et Bd. My Youssef, 2ème Etage  
Tél: 05 22 30 69 43 / 05 22 20 71 91 - Fax: 05 22 30 69 43 / 05 22 20 77 67/68  
IC.E: 001638091000051  
0910429511