

# 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

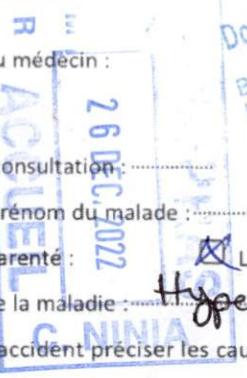
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com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

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° W21-775189

142428

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7534	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABRANE MOUNA			
Date de naissance : 08/10/1964			
Adresse : 30 Rue ALOUK HOUANE CASABLANCA			
Tél. : 0662213817	Total des frais engagés : 1022DT		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Docteur Ghislaine CHERRAKH CARDIOLOGUE Bd. Bourgogne 100 Khallaf Résidence Casablanca App. N° 101 Tel: 05 22 47 43 82  Signature : JABRANE MOUNA Date : 10/12/2022			
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : Hypertension → maladie essentielle 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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

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 : \_\_\_\_\_ 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
10/12/2022	S		C	INP : 091225495 Docteur GOURGOURI Chakir Cabinet GOURGOURI Bd. Bourguiba 10 Casablanca - Maroc Téléphone : +212 31 43 82

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ahmed CHAFRY Hay Raha Rue Bananasse N°51 BIS Beausejour Casa Tél: 05 22 94 99 14	10/12/22	PHARMACIE HAY RAHA DR. AHMED CHAFRY Hay Raha Rue Bananasse N°51 BIS Beausejour Casa Tél: 05 22 94 99 14 1022,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad \quad \quad G \\  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B  \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS [ ]
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

RKAOUI  
du Coeur  
hypertension

الدكتورة غزلان الشرقاوي

اختصاصية في أمراض القلب

و الشرايين و ارتفاع الضغط الدموي

Casablanca, le : 10/12/2022

Docteur Ghislaine CHERKAOUI  
Bd Bourgogne Angle Abou Wakt  
Khallaf Résidence Dar Annakhil II  
Appt. N°1 RDC - Casablanca  
Tél : 05 22 47 43 82

Molva



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés  
PPV : 180.30 DH

180,30 XL

1) Tareg

160mg

A's

75,20

2 -

75,20 X 4

2) Amep 10mg

0 -

75,20

tot de 04 mois

1022,00

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHAFAI  
Hay Raha Rba  
N°51 Bis Bd du Jeour Casa  
Tél : 05 22 94 99 24

Docteur Ghislaine CHERKAOUI  
Bd Bourgogne Angle Abou Wakt  
Khallaf Résidence Dar Annakhil II  
Appt. N°1 RDC - Casablanca  
Tél : 05 22 47 43 82

75,20