

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10136

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MADI

ANINTA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669211332

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/2023

Nom et prénom du malade : EL MADI Amine Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Encéphale chronique

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) :

### 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
15/12/22 (cc)			3000DH	<p>Dr. Rachida BEN SRI</p> <p>Spécialiste Gastro-entérologie-Protologie</p> <p>Bd. Général El Ouardi n° 25 Casablanca - Al Firdaus Immeuble L30</p> <p>Tél: 0522 59 07 09</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial Boukoura Golf City NDC N° 9 - Casablanca - Casablanca Tél: 0522 59 07 09	15/12/22	5221UD

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

Hépato - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة المبسوير  
وأمراض المخرج

Rachida BENSCRI  
Hépato-Gastro-Entérologie  
2ème étage - Oulfa  
Bd. Oum Rabî Rés. Al Firdaous, Immeuble L30  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Casablanca, le

15/12/99

73,80 x  
125 STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial de la Golkoura Golf city  
RDC N° 9 - 2ème étage - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09



A min de  
moy + P de la  
Amm en lide  
r d'les an  
accueill  
15

68,60

Dep sur



68,60 DH  
6/2025  
1526  
Import

37,00 x 2

Gluc d n

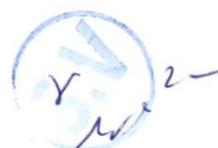


x 24  
157

146,90

181,90

29,70

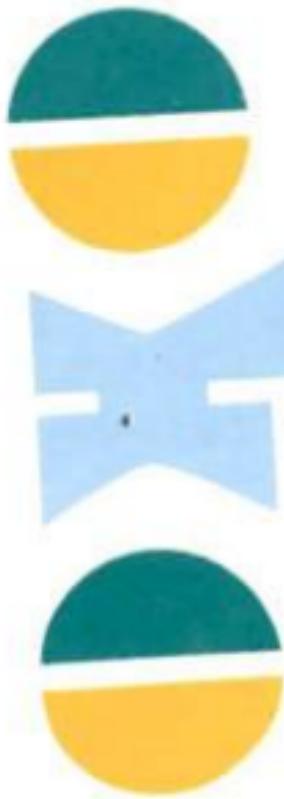


x 2

Dr. Rachida BENSCRI  
Hépato-Gastro-Entérologie  
Bd. Oum Rabî Rés. Al Firdaous, Immeuble L30  
2ème étage - Oulfa  
Bd. Oum Rabî Rés. Al Firdaous, Immeuble L30  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

522,14  
Bd. Oum Rabî Rés. Al Firdaous, Immeuble L30 - 2ème étage - Oulfa  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

**D**



Paracétamol / Thiocolchicoside

**500mg / 2mg**

**voie orale**

**Boîte de 20 comprimés**

**37,00**

**D**  
**U**  
**-**  
**D**

Paracétamol / Thiocolchicoside

**500mg / 2mg**

voie orale

Boîte de **20** comprimés

37,00

# PROCTANOL

Pour traiter les hémorroïdes

PPC: 73,50Dhs

10 suppositoires

150



115

Lot

04 2024



**ESAC®**  
ésoméprazole

**20**  
**mg**

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



**Voie orale**

144,50

21/02  
07/23  
144DH50

**ESAC®**  
ésoméprazole

**20**  
**mg**

**14 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



82110

12 11/2011  
V 83DH 10

®

AVIIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 790 H 70  
PER 01 / 25  
LOT L 359