

# 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.

M22- 0013275

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	1438	Société :	RAOI
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	167537
Nom & Prénom :		F.DOUSSI	
Date de naissance :		21/08/1951	
Adresse :		f.doussi, ahmed 8 grande, Rabat	
Tél. :		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	 Dr. KADDOURI Wydad Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique Appt 3 Imm.A Résidence Beaulieu Ain Sebaâ Casablanca - Tél: 05 22 35 28 28		
Date de consultation :	28	/	02/2023
Nom et prénom du malade :	Daloouri Fatiha		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Neutropénie		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : ..... 
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 la validité des Actes
28/02/2023	CS		300,00 Dr.	KADDOURI WYAD Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique App.3 Rm. A Résidence de Beaulieu Ain Sebaâ Casablanca - Tel: 05 22 36 12 28
20/03/2023	Centrale			DI. KADDOURI WYAD Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique App.3 Rm. A Résidence de Beaulieu Ain Sebaâ Casablanca - Tel: 05 22 35 28 28

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU NORD CASABLANCA Dr BOUSTANI ZAKIA BLOC L N° 8, Dar Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 0522.60.80.71	20/03/23	24700

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

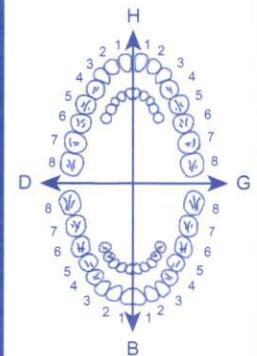
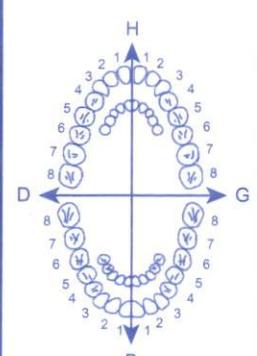
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

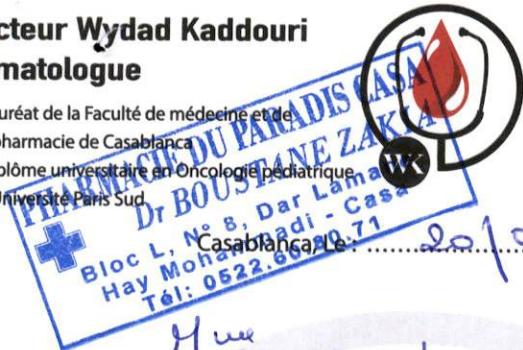
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
	35533411			
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Wydad Kaddouri**  
**Hématologue**

- Lauréat de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplôme universitaire en Oncologie pédiatrique  
Université Paris Sud



**الدكتورة وداد قدوري**  
**أخصائية في أمراض الدم**

- درجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء
- دبلوم جامعي أندكولوجيا الأطفال
- جامعة باريس

20/03/2023.

4/ue

Fathia Daloussi

109.00

- Juvitonus

amp



1 amp 1 i x 10 i

99.00

- Magnamine

3 cp

le soir x 1 mois



19.50 x 2

- Uvée dox

1 amp

100 000



1 mois x 2 mois

247,00

**Dr. KADDOURI Wydad**  
Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique  
Appt.3 Imm. A Résidence Beaulieu Ain Sebaâ  
Casablanca - Tel: 05 22 35 28 28

Appt.3 Imm. A Résidence Beaulieu Ain Sebaâ. Casablanca  
Tél. : 05 22 35 28 28 . E-mail : wydkad@hotmail.com



091237313



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
6 118001 185030