

# 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- 0012678

Optique 180676  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 4677

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAFFARI mohamed

Date de naissance : 11-05-1949

Adresse : 7 Rue FRANKLIN Q GAUTHIER

ESMAZOURA

Tél. : 0671509299 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. LAHMIDI Hajar**  
Résidente en Chirurgie Plastique  
Reparatrice et Esthétique  
Centre National des Brûlés  
CHU Ibn Rochd Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2023

Nom et prénom du malade : Jaafari Mohamed Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastro-entérite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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 : Casablanca

Le : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*MJF*

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/10/2023      |                   |                       |                                 | <i>Dr. LAHMIDI Hajer<br/>Résidente en Chirurgie Plastique<br/>Réparatrice et Esthétique<br/>Centre National des Brûlés<br/>CHU Ibn Rochd Casablanca</i> |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE D'IBN ROCHD<br/>LA MILOU NABIL KHMILA<br/>75, Place Oued El-Makhtoub<br/>3ème étage - Casablanca</i> | 25/10/2023 | 290,30                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

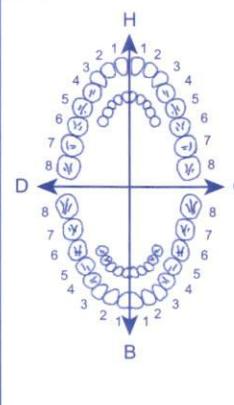
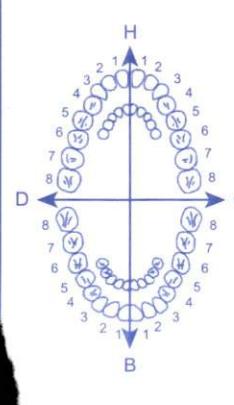
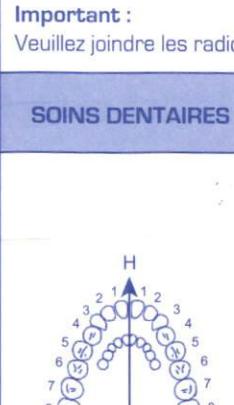
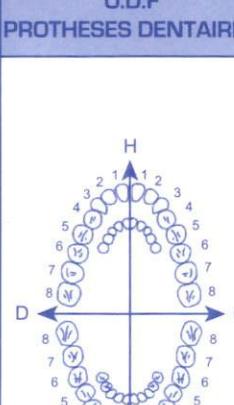
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---------------|
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
|    |                |                  |             | Coefficient des Travaux |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
| <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | DATE DU DEVIS |
| H  | 25533412       | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
| D  | 00000000       | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
| B  | 00000000       | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
|  | 35533411       | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |
|  |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |               |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Ordonnance

Dr. Jaafai Mohamed

|      |           |
|------|-----------|
| LOT: | 4411A     |
| EXP: | 07.2027   |
|      | 32.00 DHS |
| LOT: | 4412A     |
| EXP: | 07.2027   |
| PPV: | 32.00 DHS |

|  |   |
|--|---|
| FLAGYL 500 mg  | 0 |
| CP PEL 820   |   |
| PER.01/2026  |   |
| PPV: 49DH80  |   |
|  |   |
| 5 118000 060062  |   |
| NEOFORTAN* 160 mg  |   |
| PPV 98DH80   |   |
| EXP 12/2025  |   |
| LOT 2D023 9  |   |

2/ Eucarbopan 600 mg x 31 sachets

49 DHS

2/ Flagyl 500 mg x 31 sachets

98 DHS

3/ Neofortan 160 mg

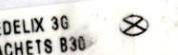
77 DHS

4/ Bedol 5x

1 sachet x 21 j

PHARMACIE D'ANNEZAY  
TAHLOU NABIL KHALID  
15, Place Oued El-Makhabazine  
des 3 Rois (ex. Place de Versailles)  
Tél.: 0525 27 38 49

DR. LAFIMIDI H.  
Résidente en Chirurgie Plastique  
Réparation et Esthétique  
Centre National des Brûlés  
CHU Hassan II Casablanca

|  |              |             |
|--|--------------|-------------|
| LOT: 22E035  | PER: 11/2027 | PPV: 57DH70 |
|  |              |             |
| 5 118000 010234  |              |             |

57 Rimerex

20.00  
et sucret x 37;

290,30

PHARMAG  
LOT : 1983  
UT.AV: 02-26  
PPV: 20DH00

DR. LAHMIDI Hajar  
Résidente en Chirurgie Plastique  
Reparatrice et Esthétique  
Centre National des Brûlés  
CHU Ibn Rochd Casablanca

PHARMacie D'ANFA  
LAHIDI NABIL KHALID  
75, Place Oued El-Makhazine  
des 3 Rois (ex. Place de Verdun)  
Tél.: 0522.27.38.49 - Casablanca

CHU Ibn Rochd Casablanca  
Centre National des Brûlés  
Reparatrice et Esthétique  
Centre National des Brûlés  
Reparatrice et Esthétique