

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

188813

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8246 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OIDI GHIRI EL ABDID

Date de naissance : 07/01/1957

Adresse :

Tél. : 0663867720 Total des frais engagés : 200 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

F. JAMAL ARRAKI  
Médecine Générale  
4, Rue Ibnou Khaldoun  
HABOUS Casablanca  
Tél : 0522 44 25 43

F. JAMAL ARRAKI  
Médecine Générale  
4, Rue Ibnou Khaldoun  
HABOUS Casablanca  
Tél : 0522 44 25 43

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : EL OIDI GHIRI EL ABDID Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : + Nature de la maladie : *ventrig* + *aff p m i n t a*

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 : *M* Le : *21/11/2023*

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
28/11/23	C		120	Jamal ARAKI Médecine Générale 4 Rue Ibnou Khaldoun HABOUS Casablanca tel. 0522 44 25 43

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE MEDICAL	28/11/23	1910

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

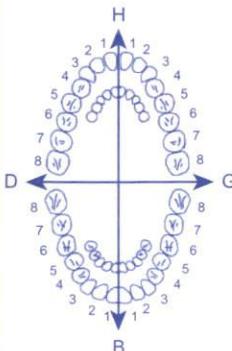
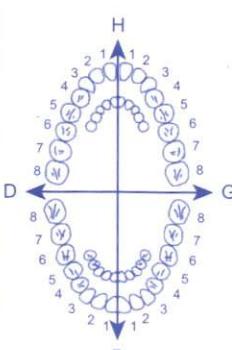
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Jamal Arraki**

Médecine Générale

*Ex-médecin Militaire  
Expert Assermenté près les Tribunaux  
Certificat Universitaire d'Echographie  
médecin agréée à la visite  
médicale d'Aptitude pour  
permis de conduire*

الدكتور جمال الحرافي

الطب العام

طبيب عسكري سابقا  
خبير محلل لدى المحاكم  
الشخص بالصدى  
طبيب مرخص بالفحص  
الطبي لرخصة السيارة

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca  
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

4، زنقة ابن خلدون، الأحباس-الدار البيضاء  
الهاتف: 0650 86 30 11 - 0522 44 25 43

Casablanca, le : 20 / 11 / 1911 الدار البيضاء، في :

20 / 11 / 2023

EL CID GHIRI EL ABID

Specimen

L N D

22

50

Preferir

Ahn

9270 162.5

1

kalauilide

on the ~~way~~ <sup>to</sup>

8  
40

二  
四

DR. Jamali Park  
Médecine générale  
Rue Ibnou Khaldoun  
Casablanca  
Tél. 015 25 43  
Hôpital 532 44 25

6522 80 44 61

PE ADULTS  
S. S. Balaclava  
F. S. S. May

~~EX-00000000~~

1400

103

PER: 05-2024  
PROFENID 100MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 70DH90

5 118000 0080802

tanakan 40 mg ☒  
30 COMPRIMÉS ENROBÉS

6 118000 011545

49,40

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg  
32 comprimés pelliculés

6 118000 161288

PPV: 138,30 DH  
LOT: 650873  
PER: 10/24

6 118000 0060802  
P.P.V: 70DH90  
PROFENID 100MG

O 01 PER: 30/2025  
CP PEL B30  
P.P.V: 70DH90

LOT N° : 6 H 7 0 0 2  
U.T.A.V : 0 0 2 0 2 3  
1 2 6 6 0  
P.P.V:

Amloz® 5 mg  
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012

49,40

6 118000 060666  
COLTRAMYL 4 MG  
CP B12

OSMOSINE®  
Hydroxyde de Magnésium  
Flacon de 260 ml  
6 118000 210054

PPV  
34DH00

OEDES 20mg  
56 gélules

LOT: 201799  
PER: 05-2023  
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg  
56 gélules

6 118000 082026  
LOT: 211543  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH

Spectrum® 500 mg  
Ciprofloxacin 10 Comprimés  
PER HARMA  
10 Casablanca  
Maroc  
Date d'expir.  
01

6 118000 081456

LOT 230382  
EXP 03/2026  
PPV 74.80DH

LOT: 211147  
PER: 04-2024  
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg  
56 gélules

6 118000 082026

**Ingrediénts : 15 mg d'extrait sec de Safran (Crocus sativus), standardisé à 2 % dans safranel, Q.S.P Excipient (Gélatine végétale).**

**Présentation : 30 Gélules**

**Poids net : 16 g aprox**

Conserver dans un endroit frais et sec.

**Fabriqué dans l'U.E.**

Lot et consommer de préférence avant fin de (mois/année) : voir emballage.

Dose : 2 gélules par jour.

Nutriments et autres ingrédients	2 Gélules
Safran	30 mg

IMPORTE/FABRIQUE

MAROC / ESPAGNE

PEGASUS PHARMA/Q.FARMA 2007

**220001**

**03/2025**



## **KALMILIDER 30 GELULES**

**LOT : 220001**

**PER : 03/2025**

**PRIX : 125 DH**

PEGASUS PHARMA

A stylized blue wing logo, which is part of the Pegasus Pharma brand identity.

**Extrait de Safran**

**KALMILIDER**