

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Herminette - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



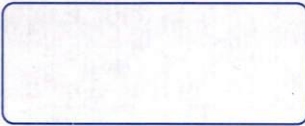
**Déclaration de Maladie**  
M23-010988

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21 208 Société : ROYAL AIR MAROC  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : MAGHARI BOUCHRA  
 Date de naissance : 28/06/1996  
 Adresse : A 68013  
 Tél. : 06 61 30 72 63 Total des frais engagés : 245 000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 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 : ..... Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-AA-215 / 2019

**RELEVÉ 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
10/02/23		voir la	facture 2000,00	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/06/23	214,80

**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	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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 <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Montants des Soins <input type="text"/>														
		Date du Devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. ZAGHARI BOUCHRA

126,30

① Argent sechit  
 1 sub x 2/5 PR = 4j

53,20

② Exant 000 ml.  
 2p x 3p

35,30

③ Buffen 400  
 1/6 x 2/5 se chab

214,80

PHARMACIE PORTE D'ANFA SAKIL AU  
 BOUCHRA AMAR  
 Casablanca  
 197, Bd. Bourgoyne - RC : 447169  
 Tel.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169  
 IF : 37734689 - ICE : 007312695000001

Dr. Najib OUAJJOU  
 Gynécologue-Accoucheur  
 Diplôme de Paris  
 20, Rue Dima - Casablanca

53,20

**EXACYL® 500**

(ACIDE TRANEXAMIQUE)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

List I : Tableau A.

مراعاة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال  
مراعاة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

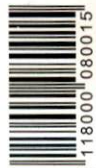
PPV: 126,30 DH  
LOT: 651321  
PER: 11/24



400 mg

**BRUF**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 080015

**BRUFEN®**  
400 mg Ibuprofène

**COOPER**  
Pharmacia

Fabriqué par COOPER PHARMA sous licence  
41, rue Mohamed Diaoui 20110 Casablanca  
Amino DAOUDI : Pharmacien Responsable

صاحبة من طرف شركة فاربيا بروفين  
41، شارع محمد الدياوي 20110 الدار البيضاء  
أمينه الدوائية : صديقي سمورال

بروفين®  
400 mg Ibuprofène

35,30



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 5252 / 2023 du 07/06/2023

Nom patient **ZAGHARA BOUCHRA**  
**PAYANTS**

Entrée 07/06/2023  
Sortie 07/06/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-FORFAIT	1,00	K	2 000,00	2 000,00
			<i>Sous-Total</i>	2 000,00
<b>Total Clinique</b>				<b>2 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

**Total**

**2 000,00**

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel.: 0522 36 74 05

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel.: 0522 36 74 05

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel.: 0522 36 74 05

عيادة التوليد وأمراض النساء

# Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 07/10/23

Mme BOUCHRA ZAGHARI  
présente des métrorragies sur stérilet  
déplacé sans fœtus visible à l'échocop  
utérin ayant nécessité une  
hystérocopie. le 07/10/23  
Fait à la demande de l'interne

Dr. Najib OUAJJOU  
Gynécologue-Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Sidioui-Cas