

## 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.

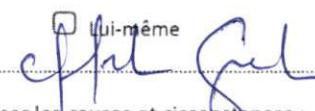
MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-436261

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12540</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>MOU N TASSIR YASSIN F</b>
Nom & Prénom : <b>MOU N TASSIR YASSIN F</b>			
Date de naissance : <b>29/08/1986</b>			
Adresse : <b>Lot MASSIM RES LES CHAMPS 3 IMM C</b>			
Tél. : <b>066 793 84 48</b>	Total des frais engagés : <b>597,00 Dhs</b>		
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p> <p><b>Dr. KARAOUI BOUCHRA</b> Gynécologue Obsstétricienne 22 Bd. Omar El Khayam 0523 56 69 55-Fax:022-0523 56 69 55</p>			
Date de consultation : <b>09 OCT. 2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>SMS MFT 71 M</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>efflu</b>			
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
1 AOUT 2018	03		7500	INP : <input type="text"/> MRAOU Bouchra Médecine générale obtériorienne 0522-5555-5555 0522-5555-5555

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08 2019	297,00

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	<p>Du : 21.09.11 Au : 23/09/11</p>			100 AT/11.12 = 1200 Dst pri x wt/3 = 120 Dst		

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

		<table border="1"> <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> </table>	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
00000000	00000000									
D	G									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
B										
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
DATE DU DEVIS										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
DATE DE L'EXECUTION										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

C8

# Docteur Bouchra KARAOUI

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris



# الدكتورة بشرى قراوي

إختصاصية في أمراض النساء والولادة

خرسanche كلية الطب بباريس

طبيبة ملحقة وطبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Sterilité du couple - accouchement

chirurgie gynécologique - Coeliochirurgie

maladie du sein - Echographie

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة التسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Casablanca, Le 30 AOUT 2019 الدار البيضاء في

7 SASAHI RHE

DH

117.00



112. ① Emulsi. liq. 100ml AVMA



121

21 29.0

LOT 0000694724 3  
EXP 02 2020  
PPV 60.00 DH

LOT 0000951493 2  
EXP 11 2021  
PPV 60.00 DH

② Ceravelle



600s  
dz

du 0 Juin 2019

LOT 0000694724 3  
EXP 02 2020  
PPV 60.00 DH

Dr. KARAOUI Bouchra  
Gynecologue Obstétricienne  
22, Bd. Omar El Khayam  
Tel: 0522 36 69 00 - Fax: 0522

