

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-763326

134372



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10817	Société : R. A. M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : DRIOUICHE Yed EL Yehdi'	
Nom & Prénom : DRIOUICHE Yed EL Yehdi'			
Date de naissance : 25/09/1972			
Adresse : 10817			
Tél. : 05 22 20 45 45		Total des frais engagés : 258,10 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : DR. EL BOUHRAJAA Médecin généraliste	
Date de consultation : 24/07/2022	
Nom et prénom du malade : DRIOUICHE LINA	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : DRIOUICHE	
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  
 Signature de l'adhérent(e) : DRIOUICHE LINA

Le : 24/07/2022

DRIOUICHE LINA



### 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
12/29/22	CS	6	6	INP : 01848396000000 DR. EL BOUHARI JAA PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSHOURA Doudi Ben Aissa Limsaïla Bouskoura Nouaceur Casablanca Tel. 05 22 59 23 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSHOURA Doudi Ben Aissa Limsaïla Bouskoura Nouaceur Casablanca Tel. 05 22 59 23 15	12/29/22	INPE 00184839600000 PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSHOURA 258, 10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES 03860

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLE

### 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	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML  
P.P.V. : 119DH30

  
6 118 001 080 052

Docteur : 

Casablanca, le : 12.09.22

## ORDONNANCE

110,30x2

DRIOLICHTS LINA

1) OROKEN (enfants)

Adose au poids 2x1 ml

NS

17,50

2) DOLI PEDIATRIQUE

Adose au poids 1/2 fl. 50 ml

NS

13258,10

Doli®  
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

17,50

PHARMACIE  
UNIVERSITA

Doudé Ben Amar  
Nouaceur

Rue Lahcen El Arjouné - Casablanca

PPV 17DH50  
PER 01/25  
LOT L139

EL BOURHAN RAJAA  
MAGASIN 1000  
CHU IBN ROCHD CASABLANCA

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML  
P.P.V. : 119DH30

  
6 118 001 080 052

132 / 33 - Fax : 05 22 27 94 07