

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-645165

245185

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08603 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HRICHE Rachide

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 555 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur EL KAICHI Fatiha

N°1, Imm. A28 Résidence Addamane

Aln chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90

INPE: 091054296

Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade : HRICHE Rachide Age :

Lien de parenté : C. NINIA ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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-A-215/2019

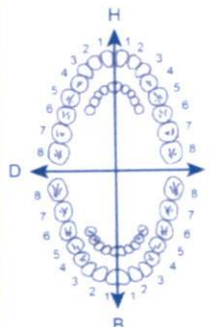
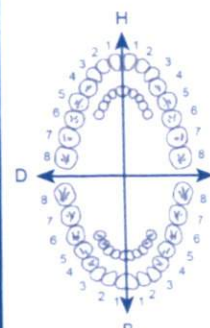


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/12/2022	C <sub>1</sub>	C <sub>1</sub>	1500H	INP : 091054296 Docteur EL KAICH Fatima N°1 Avenue de l'Indépendance - Addaouane Aln chock-CASA-Tél: 0522 50 11 90 INP: 091054296

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES SAHARAS Dr S. HOUSEIHA 402 Bis Bd. Panoramique (Montpellier) - Tél: 0522 52 55 00	26/12/22	4045-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B [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	

# ORDONNANCE

الصيدلية الدالية  
PHARMACIE DES DALLIES  
Dr. S. BOUSETHA BOUHLAL  
492, Bis Bd. Panoramique  
Montpellier - Tél: 0522 527 560

مكتورة القيشي فتيحة  
Docteur EL KAICHI Fatiha  
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane  
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296

Casablanca, Le 26/12/2022

LOT: M0856  
PER: 10/2024  
PPU: 40,90DH

M<sup>me</sup> HRICHE R.

409,90

1) Anapreol 20mg

SV

3 cp / j avant le petit déjeuner x

PPU: 126,30 DH  
LOT: 650345  
PER: 07/24

126,30

2) Augmentin 1g

SV

1 sachet x 2 / j

Net x

30/160

3) Muxol Sirop

SV

2 cp / j avant le petit déjeuner x 3 / j

SV

4) INEXIUM 20mg

SV

2 cp / j avant le petit déjeuner x 28 j.

5) Zinastkin 15mg

SV

1 cp / j

Dr. EL KAICHI Fatiha  
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane  
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296

404,90

091054296  
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane  
Docteur EL KAICHI Fatiha  
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296  
ELKAICHI

PPU 40DH90

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeiran à soum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21NR0 P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeiran à soum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21NR0 P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591