

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-682546

246241

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12824 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJI Youssra

Date de naissance : 07/10/1989

Adresse :

Tél : 05 22 21 24 89 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. Khadija FARID  
الطبيبة خديجة فريد  
Médecin Généraliste  
Sidi Maarouf - Casablanca 3  
Imm. A. Etage 1, No. Casablanca  
Tél: 05 22 76 07 78

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : HAJI Youssra Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : COVID probable

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 04/01/23

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
04/01/2023	C	—	2200DH	INP : 121233712 Dr. Khadija FAKHED الذكور 2200 Médecin Généraliste Sidi Maarouf, Rés. Kaoul Im. A, Etage 1, No. Casablanca Tél: 95 22 73 07 73

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/11/23	129.60

# 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	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	Travaux	Soins															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		MONTANTS DES SOINS															
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Docteur**  
**KHADIJA FARID**  
**Médecine Générale**  
 Diplômée de la Faculté de Médecine  
 et de Pharmacie de Casablanca  
 Diplôme Universitaire de  
 Dermatologie Interventionnelle  
 de la Faculté de Médecine et de  
 Pharmacie de Rabat  
 Échographie - ECG



**الدكتورة**  
**خديجة فريد**  
 الطب العام  
 خريجة كلية الطب والصيدلة  
 بالدار البيضاء  
 دبلوم في الممارسات الجلدية والتجميلية  
 بكلية الطب والصيدلة الرباط  
 الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca, le 04/01/2023

M<sup>me</sup>. HAJJI YOUSRA

60,00 x 2.

1/ MAZAX 500:

1 cp le 1<sup>er</sup> jour

puis 1/2 cp/j x 6j.

S.V.



2/ PARANTAL- Vit C:

S.V.

19,60

1 -

1 -

(x 2 sem)

3/ Zinastin 45:

1 -

0 -

1 -

(x 2 sem)

4/ Actyl D:

1 -

0 -

0 -

(x 6 mois)

139,60

مستشفى معروفة إقامة كوثر 03 عمارة أ. الطابق 1 رقم 05 الدار البيضاء  
 (فوق بنك أفريقيا قبالة مدرسة الصحة)

Sidi Maarouf, lot Kaoutar 03, Immeuble A, N° 05, étage 1 Casablanca

(Au-dessus de Bank of Africa, en face à l'école l'éveil)

Tél : 05 22 78 07 78 / E-mail : Khadija.dr@outlook.fr

MAZAY<sup>®</sup>

Azith

PARANTAL C 1000

PPV 19DH60  
EXP 01/2024  
LOT 00070 10

Antibiotique

3 comprimés pelliculés

LOT : 6934  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 60 DH 00



Pharmen

Laboratoires Pharmaceutiques

 Voie orale

500 mg

3 comprimés pelliculés

Antibiotique

LOT : 6934

UT. AV : 01-24

P.P.V : 60 DH 00



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

 Voie orale