

## 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.

N° W21-682546

146241

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12 824		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : HAJJI YOUSRA			
Date de naissance : 07/12/1989			
Adresse :			
Tél. : 05 22 21 24 88 Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 04/10/2023			
Nom et prénom du malade : HAJJI YOUSRA Age: .....			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
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'adjudicant 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 : 04/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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	—	9200DH	INP: 121233712 Dr. Khadija FAR الذكور فـ Médical Générale Sidi Maarrow Res. Kaoufia IMMA, Etagé 1, N° Casablanca Tél: 05 22 73 07 73

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/23	139,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

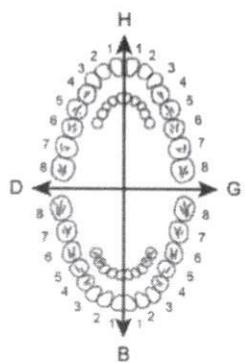
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

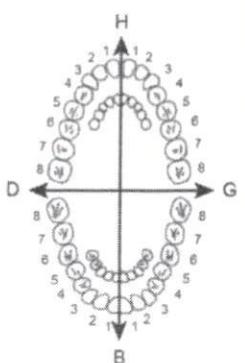
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

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

Mme. HAJJI YOUSRA

60,00 Dhs

2) MAZAX 500:

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

puis 1/2 cp/j \* 6j.



2) PARANTAH-VIT C:

19,60

1 - 1 - S.V.

(\* 2 sem)

3) Finastatin 45:

1 - 0 - 1

(\* 2 sem)

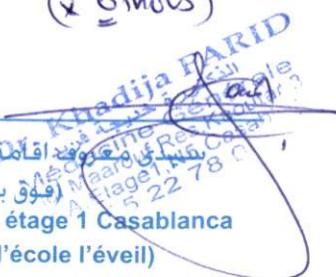
4) Actyl D =  
1 - 0 - 0 (\* 6 mois)

139,60

فوق بنك أفريقيا قبلة مدرسة الصحوة  
العنوان: 03، برج 1، مول 05، سيد ماروك، الدار البيضاء، رقم 05

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



Antibiotique



**Pharmeu**

Laboratoires Pharmaceutiques

Antibiotique



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques

# MAZAX®

Azith

3 comprimés pelliculés

LOT : 69

UT. AV : 01-24

P.P.V : 60 DH 00

~~PARANTAL C 1000~~

PPU : 19DH60  
EXP : 01/2024  
LOT : 00070 10

Voie orale

**500 mg**

3 comprimés pelliculés

LOT : 6934

UT. AV : 01-24

P.P.V : 60 DH 00

Voie orale