

## 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° W21-795549

159843

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12306

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TIT

FOUTAD

EL MIRABET

Date de naissance :

04/12/1983

Adresse :

VILLA MF, CASA GREEN TOWN Bouskoura

Tél. :

06 61 06 88 81

Total des frais engagés :

708,9

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

NEJHARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
314 Bd Abdelmoumen Casablanca  
tel: 0522 43 23 80 - 0522 23 23 81

Cachet du médecin :

Date de consultation :

09/03/2023

Nom et prénom du malade :

EL MIRABET lilia

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

lilia

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/03/2023

Signature

Signature

## **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                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09              |                   | (f)                   | 250.00                          | INP : 09/06/2018<br>NEJJARI Noureddine<br>Secour de Pédiatrie<br>Casablanca<br>0522 23-23-81 |
| 03              |                   |                       |                                 |  |
| 23              |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **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 canalaires, 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 [ ]         |                             |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |                           |                             |                             |
|   | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 | D<br>00000000<br>35533411 | B<br>11433553<br>00000000   | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|   |   |                           |                           | 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'EXECUTION |   |                           |                           |                             |                             |

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous

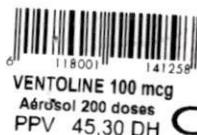


طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



XOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80  
EXP 05/2024  
LOT 250053

PPV 73DH80  
EXP 11/2024  
LOT 200192

umen, Résidence Benznassen II (à côté de Antouki) 1<sup>er</sup> étage n°2, Casablanca  
tel: 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81 - E-mail : nournejjari@yahoo.fr

Casablanca, le 09.03.23 في الدار البيضاء، في

EL MEABET lilia

45,30

1<sup>و</sup> Ventoline (spu)

2 bafra x 2 18

118,30 x 2

Noureddine & fils  
Pédatrie  
Casablanca  
05.22.23.23.81

2<sup>و</sup> DOREAN eufut

100mg (P) x 3 15  
Pd 85

3<sup>و</sup> Zadely L (cp)

1 & ZADELY TOWN  
AZENNAR de un  
73,80 x 28 il 2 mes

4<sup>و</sup> Ider cp long  
1 CP 1 Jour le un

1 = 458,90

Dr. NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
Casablanca  
05.22.23.23.81

Tel: 052...