

# 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.

M23-004950

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4676

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JRAIF Nefib

Date de naissance : 12.08.1952

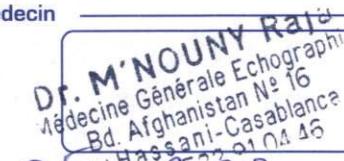
Adresse : Im 11 - N° 24 - Cité MASSA MI CASA

Tél. : 06 61 32 2589

Total des frais engagés : 150DH + 80DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25.05.2023

Nom et prénom du malade : JRAIF MERJEM Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 29.05.2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

## 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
25/5/23	C		150.000	Dr. MINOURI Médecine Générale Bd Afghanistan 100 JAY Hassan

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire ou du Pharmacien	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<p>Bloc 211 N° 124 Hay Hassant Bd Sidi Abderrahmane CASA Tel : 0522 90 31 00</p>	29-05-93		89,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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													
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												

Docteur. Mnouny Raja

MEDECINE GENERALE

Boulevard Afghanistan, N° 16

(en face la Banque Populaire)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22.91.04.46

E-mail : mnounyraja1962@gmail.com

الرَّكْوَرَةُ (المنون) رجا،  
الطب العام

شارع أفغانستان، رقم 16  
(مقابل بنك الشعبي)

الحي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22.91.04.46

البريد الإلكتروني : mnounyraja1962@gmail.com

Casablanca, le : 29/05/23 الدار البيضاء، في :

J'attire MERYEN.

Tridigest sect. 15/05/23  
22529 08/24 89,00

S.V



Dr. M. NOUZY Raja  
Médecine Générale Echographie  
Bd. Afghanistan N° 16  
Hay Hassani Casablanca  
Bd. Hassan II 2014

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة à la prochaine visite