

## 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.

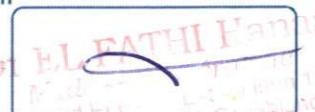
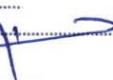
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricle : <u>13182</u>			
Société : <u>CAF</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>CHAKIB NOUHA</u>			
Nom & Prénom : <u>CHAKIB NOUHA</u>			
Date de naissance : <u>08/08/1991</u>			
Adresse : <u>0658959 253</u>			
Tél. : <u>0658959 253</u> Total des frais engagés : <u>341,20</u> Dhs			

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>25/07/2023</u>
Nom et prénom du malade :	<u>CHAKIB NOUHA</u>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>des</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>cas</u>
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 :	<u>CASA</u>
Signature de l'adhérent(e) :	
Le :	<u>25/07/2023</u>

**R ACCUEIL** 

## 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 juil 2023			200 DH	INPIHE: 031153700 ICE: 001744692000008

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/23 NPE 092051325	141,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Hanaa ELFATHI**

**Médecine Générale**

Ancien Médecin Chef au Ministère de la Santé

Echographie, ECG, Suivi des grossesses

Diabétique et Hypertendus...



**الدكتورة هنا، الفاتحي**

**الطب العام**

**طبيبة رئيسة سابقاً بوزارة الصحة**

**الفحص بالصدى**

**تبعد حالات الحمل مرض السكري الصغط الدموي**

Casablanca, Le :

*25 Juil 2023*

LOT : 3187  
PER : 03 - 25  
P.P.V : 58 DH 30

58,30

21 Mē go s̄ ḡor 260 -



37,00

1 5 2

5,1

37,00

500 x 0,2 -



21

LOT : 2392  
PER : 02 - 28  
P.P.V : 45 DH 90

45,90

1 4 2

2 2 4

21 45,90 -



31 141,90

Tunis le 25/07/2023

Dr. HANAA ELFATHI Hanaa  
Lot Saâd El Kheir, Lot 49 Imm 11, 1er Etage Bd HH 24 - El Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 89 44 24

تجنة سعد الخير تجنة 49 عمارة 11 الطابق الأول شارع هـ 24 الألفة - الدار البيضاء.

Lot Saâd El Kheir, Lot 49 Imm 11, 1er Etage Bd HH 24 - El Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 44 24