

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.

N° W19-424751

Najoua

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6713		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJOURDA Fatiha		Date de naissance : 1960	
Adresse :			
Tél. : 0661416938		Total des frais engagés : 500,00 + 489,60 Dhs	

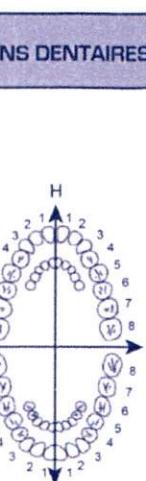
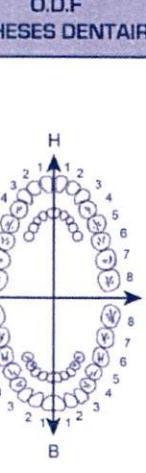
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Najoua GHAZAL Psychiatre - Psychothérapeute 17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier Casablanca - 05 22 22 11 21 - Fax : 05 22 27 27 15			
Date de consultation : 02/04/2023			
Nom et prénom du malade : HAJOURDA Fatiha Age: _____			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
28/03/2023			

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 : *Le Bourg* Signature : *[Signature]* Date : **02/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
DS1 01/01/2022 Dr. M. A. Ghazal Séance	C 33		500,00	INP : 0910674561 Dr. M. A. GHAZAL Biothérapeute Fauthier 15/01/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
ARMACIE LA CORNICHE EL ADRAOUI RACHID je Bd My Youssef Residence Bella Costa - Mohammedia Tél/Fax : 05 23 32 91 99	2005-05-23	Rue Naïib Mouhamed PSYCHIATRE PHARMACIE LA CORNICHE EL ADRAOUI RACHID 185 Angle Bd My Youssef Residence Bella Costa - Mohammedia Tel/Fax : 05 23 32 91 99 pharmacielacorniche@gmail.com	

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.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
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="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B			
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G															
	B															
				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"/>												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute

الدكتورة نجوى غزال
المختص في أمراض النفسية والعصبية

Casablanca, le

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier
Tel: 05 22 22 11 21 - Fax: 05 22 27 27 15
Casablanca - 2023

HABOURDA - Failia.

See de poef

163,20 x 3

Aef pesteui

T = 489,60



N° D'ORDRE: 2444
DATE: 02 - 05 - 23

LOT : 08422004
PER : 10/2025
PPV : 163,20 DH

LOT : 08422003
PER : 12/2025
PPV : 163,20 DH

LOT : 08422004
PER : 10/2025
PPV : 163,20 DH

PHARMACIE LA CORNICHE
EL ADRAOUI RACHID
Angle Bd. My Youssef Residence
Bella Costa - Mohammedia
Tél/Fax : 05 23 32 91 99
pharmacielacorniche@gmail.com

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier
Tel: 05 22 22 11 21 - Fax: 05 22 27 27 15
Casablanca - 2023

17, rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier - Casablanca - Tél. : 0522 22 11 21 - Fax : 05 22 27 27 15
0522 27 27 15 - زنقة نجيب محفوظ - حي ڭوتيي - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 11 21 - الفاكس :