

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHI Fatiha

Date de naissance :

Bouizem

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL KAICHI Fatiha  
N°1,Imm.A28 Résidence Addarane  
Aïn chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296

Date de consultation :

11/09/2023

Nom et prénom du malade :

NAZIH Fatiha Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

Vertiges

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.

18 SEP. 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 :

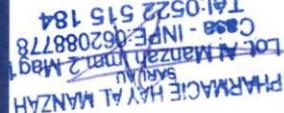
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
14/09/2023	C	1	150 DH	 <b>Docteur EL KACCH-Fatiha</b> N°1, 5ème étage A28 Résidence Addamane Aïn Chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90 INPE: 091054296

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 T610522515184 C888 - INPE: 062088778 TOC N°: 2022-2023 PHARMACIE HALY AL MANZAH	14/09/2023	15,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

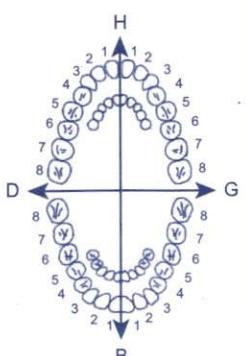
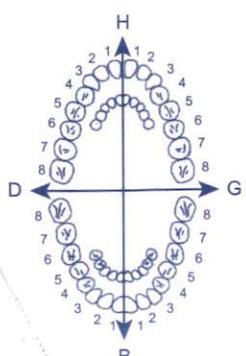
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	G	
D	00000000   00000000	B	35533411   11433553	
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatiha EL KAÏCHI

بشي

Médecine Générale

N°1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE  
AïN Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 50 11 90

رقم 1، عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحي)  
عين الشق - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 50 11 90

PHARMACIE HAY AL MANZAH  
LOT 0522 515 184  
T01:0522 515 184  
C - INE 0602088778  
Lote 0522 515 184  
SAUVEGARDE



Casablanca, le : 14/09/2023

168,20

Mme NAZIH Fatim

PPU: 168,20 DH  
LTU: 651615  
PER: 04/25

1) Augmentin 1g

48,70 1 sachet x 10g nets x 08j.

2) Solupred 20 mg

46,00 3yp 1j at rd PDX05j

3) Doliprane 1g

50,10 1 cp x 3 j après les repas.

4) Tangamil 500mg

134,80 1yp x 3 j. 7, Nets au cours des repas.

5) Nootropyl 800mg

2cp x 3 j. 7, Nets au cours des repas.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70 DH  
E 118000 060536

Maphar  
Bd Alkemia N° 5, QI,  
Sidi Bennouzi, Casablanca  
Tangamil 500mg cp b30  
P.P.V : 50,10 DH  
E 118001 183340

الدكتورة القيشي فتحية  
Docteur EL KAÏCHI Fatiha  
N°1,Imm.A28 Résidence Addamane  
Aïn Chok-CASABLANCA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296