

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-531155

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3148 Société : 183760

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ANJELAH

Nom & Prénom : BOUNAIM

Date de naissance : 01/10/54

Adresse : 4 Rue TURGOT, ROUEN, FRANCE

Tél : 0664 853397 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. N. BOUSFIH  
MEDECIN ADDICTOLOGUE  
CASABLANCA

Date de consultation : 20/11/23

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : thyroïdite + HTA

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 81111/23 CASM Le : / /

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

Signature : [Signature]

### Adresses Mails utiles

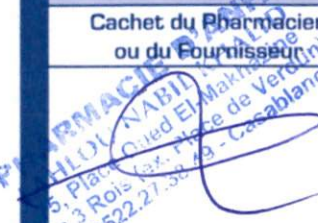
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
21/11/23	C	1	0.20.00	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] Dr. N. BOUS MEDECIN ADDICTOLOGUE CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/23	818.80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

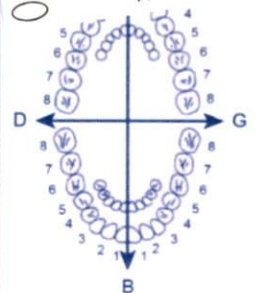
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

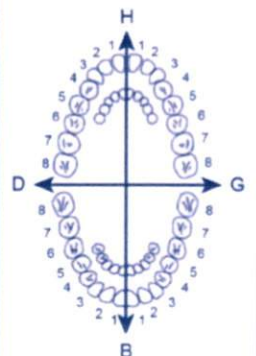
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH


DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH


COEFFICIENT DES TRAVAUX


DATE DU DEVIS


DATE DE L'EXECUTION


6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



مستشفى  
التدخل

Casablanca, le : 20/11/23

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Dr BOUNAIN ADELIAH

97.60

24x4x4

- Levetiracetam 100 . N° 4 .

721.20 1

20x30x4

- TAREG 160 . N° 4 .

878.60 1 - 0 - 0

Dr. N. BOUSFIHA  
MEDECIN ADDICTOLOGUE  
CASABLANCA

**PHARMACIE D'ANFA**  
LAILLOU NABIL KHALID  
75, Place Oued El-Makhazine  
des 3 Rois (ex Place de Verdun)  
Tel.: 0522.27.38.49 - Casablanca