

# 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 type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>12839</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société :	
Nom & Prénom : <b>EL HADDADI Fahd</b>		Autre :	
Date de naissance : <b>20-06-88</b>		Téléphone : <b>06 78 703 760</b>	
Adresse :		Total des frais engagés : <b>785</b> Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>
Cachet du médecin :
Date de consultation : <b>05/11/2023</b>
Nom et prénom du malade : <b>EL HADDADI FAHD</b>
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Trombose veineuse profonde</b>
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 : \_\_\_\_\_ 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
25.11.23	CG	1	10000 Dh	INP: 0911233807 Signature: Dr. Hafidh Rés. Islam Casablanca 07-65-29

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. Rabia El Ouardi N° 151 Hay Riad - Casablanca	25/11/23	873, - Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">B</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	D	00000000	00000000	B		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
D	00000000	00000000																	
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"/>																	

**Dr Noura KADIM**

Psychiatrie adulte

Addictologie

Psychogériatrie

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles

au CHU Ibn Rochd

LOT 1302495  
EXP 02/26  
PPV 101DH00

LOT 1302495  
EXP 02/26  
PPV 101DH00

LOT 1210551  
EXP 10/25  
PPV 101DH00



د. نورا قديم

الطب النفسي العصبي

علاج الإدمان

الطب النفسي للمسنين

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بربكمان ببروكسل

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

## RDONNANCE

Casablanca, le 25/11/2023

EL HADDADI

FAHD

101,00 x 3

N/19062

1) Effexor 75 mg. 1 enveloppe → 1 enveloppe

- 00 pendant 3 mois

SV

PPC : 138DH  
LOT : NT23  
EXP : 10/26

PPC : 138DH  
LOT : NT23  
EXP : 10/26

PPC : 138DH  
LOT : NT23  
EXP : 10/26

135,00 x 3  
2) Novutone.

57,00 02 - 00 - 00

99,00  
3) Munal 300 →

NS



873,00

Dr. Noura KADIM  
Psychiatre Résidante  
52, rue Socrate, Maârif, Casablanca  
Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

52، زنقة سقراط إقامة إسلام الطابق 2 رقم 4 ( أمام وكالة الضمان الاجتماعي ) المعريف - الدار البيضاء

52, Rue Socrate Islam 2<sup>ème</sup> étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com