

## 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.

N° W19-471130

<input 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)			
Matricule : <b>09748</b> Société : <b>TAHBOURB JUST APHA</b> <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <b>51-5-63</b> Nom & Prénom : <b>Mahboub Fatiha - Zahra</b> Date de naissance : <b>06/06/1981</b> Adresse : <b>21 Bd. Oued Tansift - El Oulfa CASA - 20220</b> Tél. : <b>05 22 91 58 72</b> Total des frais engagés : <b>953,00 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Latifa ABOUJIBA</b> <b>MEDECINE GENERALE</b> <b>ECHOGRAPHIE</b> <b>21 Bd. Oued Tansift - El Oulfa</b> <b>CASA - 20220</b> <b>Tél. : 05 22 91 58 72</b>			
Date de consultation : <b>08/02/2023</b> Nom et prénom du malade : <b>Mahboub Fatiha - Zahra</b> Age : <b>32</b> <input type="checkbox"/> Lien de parenté : <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>Syndrome dépressif</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 : <b>Le 08/02/2023</b> Signature de l'adhérent(e) : <b>D. Latifa ABOUJIBA</b> <b>ACCUEIL</b>			



#### 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
11/12/2018	Consultation	1000,00		INP : 00000000000000000000000000000000 Dr. Latifa ABOUJIDA MEDECINE GENERALE

Dr. Latifa ABOUJIDA  
MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE

EXECUTION DES ORDONNANCES d. Oued Mansift - El Oulta

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LE BIEN-ETRE</b> <i>Mme. Houda KENOUANE</i> <i>55/57, Rue YAHZARI 2 LOT. 203</i> <i>El Oulfa - CASABLANCA</i> <i>Tél. : 022.93.26.80</i>	02/12/2023	<b>MMME. HOUUDA KENOUANE</b> <b>55/57, Rue YAHZARI 2 LOT. 203</b> <b>El Oulfa - CASABLANCA</b> <b>022.93.26.80</b> <b>28.35.90</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHÉSIF

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	0
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

## ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de  
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.

## GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg



المكتبة لطيفة أبوجيدة

ب العام

باليكوجرافيا

مونبولي (فرنسا)

لمركز صحي سابق

ل يوم أمراض النساء

اسبورغ (فرنسا)

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

Casablanca, le 08/02/23

79.00 X 5  
PHARMACIE LE BIEN-ETRE  
Mme. Houda KEROUANE  
55/57, Rue 77 AZHAR 2 Lot. 203  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél: 022.93.29.30

79.00 X 5 = 3 cp le matin x 15j

07/02/23

09/02/23

119.00

89.00

- D-stress = 3 cp le matin + 2 mois

07/02/23

09/02/23

119.00

89.00

- Nerafense = 3 cp le matin

07/02/23

09/02/23

116.00

- Zamox Ig = 3 sachet x 2 j

07/02/23

09/02/23

25.00

- Agiderine = 3 app x 2 j

07/02/23

09/02/23

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00

853.00