

## 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° W21-813161

189286

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1710

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMRANE ABDELAZIZ

Date de naissance :

02/03/54

Adresse :

Lot tadameane, Rue 4, N° 29 OULFA  
Casa.

Tél. : 066 16 276 10

Total des frais engagés : 508,50

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/11/12

Nom et prénom du malade :

Homme

Age: 17 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Appétit gynécologique

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 : Casa

Le : 15/11/12

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
14/11/23	consult	30000H	INP : [REDACTED]	<i>Gymnase Chaudron à la Côte de l'Escaut</i> 29 Lotissement Chaudron à la Côte de l'Escaut

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MARQUID Dr NADIA</i>	14/11/23	208,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

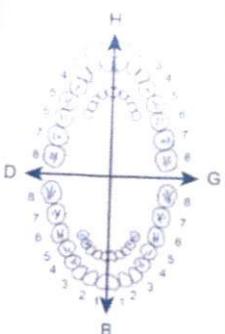
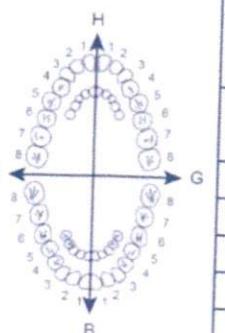
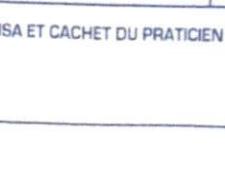
VOLET ADHERENT

### 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 : [REDACTED]
				
				

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	B
H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	
B			

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.Erchidi El Yacoubi Ilham**

**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique**

Diplômée de la faculté  
de médecine de Rabat

Accouchement - échographie 4D - chirurgie  
gynécologique - endoscopie - stérilité du couple  
Homéopathie - PMA - sénologie



**الدكتورة الرئيسى اليقoubi ilham**

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالرباط

الفحص بالصدى 4D - جراحة أمراض الرحم - الجراحة المجهزة

فحص الرحم بالمنظار - أمراض الثدي - عقم الزوجين

Casablanca Le:

16/11/13

الدار البيضاء، في:

93,00 (6x15,50) 1) Hormone Loubna  
 1 dose 50 SCH SP 2 cycles

46,50 (3x15,50) 2) Folsotile SCH SP 3 cycles

69,00 3) Soforelle SCH SP 3 cycles

---

208,50

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 69,00 DH

Tel: 05 22 65 81 15 Gsm: 06 65 66 22 42 02 جزء الشهدية الزفة الطابق الأول الألفة الدار البيضاء الهاتف:

25 Lotissement Chahdy RueZ 1er étage Oulfa casablanca

Tel: 05 22 65 81 15 Gsm: 06 65 66 22 42

erchidi\_ilham@yahoo.fr