

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-794347



<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>Z 503</b>			
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
		<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <b>NABIL KACHDA</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0693950238</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<p style="text-align: center;"><del>Dr. REDA Anouar Psychiatre et Psychothérapeute 75, Rue Abu Alaa Zahar, Quartier des Hôpitaux Tel. 05 22 26 04 65 / GSM: 0661 26 60 58</del></p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>Kamali Mohamed</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affect psychologique</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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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
08/11/93 Cs			400,00	<p style="text-align: center;">           INR 0912100          Dr. H. A. Z.          Psychiatre et Psychothérapeute          75 Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des Hopitaux          Tel. 022 86 04 65 / Gsm : 0661 26 60 58       </p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM</b> <u>Siham GUERRAOUI</u> <u>Docteur en Pharmacie</u> Résidence Annaim - Oulfa Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca <u>0522894309</u>	03/04/23	T: 1050,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		B		35533411	11433553
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000 00000000																		
B																		
35533411	11433553																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- ❖ Psychothérapeute
- ❖ Sexologue
- ❖ Addictologue
- ❖ Psychogériatre

- ❖ معالج نفسي، العلاج المعرفي السلوكي
- ❖ أخصائي في علم الجنس
- ❖ أخصائي في علاج الإدمان
- ❖ أخصائي في الطب النفسي للمسنين

## Ordonnance

Casablanca le,

08/11/93

KINERET 50 mg

35 mg x 3

35 mg x 3

50

1

0

0

le 3 only

T: 1050,00 د. رضا  
Dr. REDA Anouar  
Psychiatre et Psychothérapeute  
75, Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des hôpitaux  
Tél. 0522 86 04 65 / GSM : 0661 26 60 58

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
4, Résidence Annaïm - Oufala  
Tél: 05 22 89 43 09 Casablanca

LOT : 011  
PER : MAI 2025  
PRV : 350 DH 00

LOT : 011  
PER : MAI 2025  
PRV : 350 DH 00

LOT : 010  
PER : MAI 2025  
PRV : 350 DH 00

Rou le 07/02/24

à 10h15