

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-794365

<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>2503</b> Société : ..... <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : ..... Nom & Prénom : <b>Nabil Rachida</b> Date de naissance : ..... Adresse : ..... Tél. : <b>0693950238</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr BOUDJAD Latifa            Médecin Général            Lot Annahim Imm. A20 N°3 Oulfa            CASABLANCA Tél: 05 22 91 32 1         </div>			
Date de consultation : <b>06 JAN 2021</b> Nom et prénom du malade : <b>Nabil Rachida</b> Age : ..... <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>H.T.A + hypertension</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
16 JAN 2024	C	-	150,-	INP : 0912325168 Dr BCJDAO Latifa Médecin Général Immeuble 220 N° 100 Tel. 05 22 91 32 4

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE RESIDENCE ANNIAZ</b> <b>Sibam - CHERRAOUI</b> Docteur : Pharmacien Résidence Anniaz Tél: 05 22 89 43 00	06.10.2024	T: 100.6.70

#### **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	

## 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25633412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35633411	11433553

#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale  
Diplôme U. en Diabétologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام  
دبلوم جامعي في داء السكري  
خريجة كلية الطب العام  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

06 JAN 2024

Nabil Rachida

7200 X 3

- Déterriel 10mg

(S)

1600 X 3 VIT

(S)

- Triplixan 10/2,5/5

ttl de

2700 X 3 VIT

(S)

- Cardio Aspr

VIT

99,00

30,00

Oeds 29mg

(S)

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOUI  
Docteur en Pharmacie

Tél: 05 22 89 48 09 - Casablanca

Lot. Annaim, Immeuble A20, Appart. El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 91 32 44 - Casablanca

A20، تجزئة النعيم، شقة 3 - الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 91 32 44 - المحمول : 06 66 26 70 60

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
4, Residence Annaim - Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

~~2450~~ - Ecta Pax (1S)  
Makel JJ.

~~T : 100 6.70~~  
**PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM**  
**Siham GUERRAOUI**  
Docteur en Pharmacie  
4, Résidence Annaim - Oulfa  
tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

~~DR BCJDAD Latifa  
Médecin Général  
Lmt Annais Imm.  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 91 32 32~~

