

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

15710

## Déclaration de Maladie : № P19-0005244

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11579**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FAKIH HICHAM** Date de naissance : **16/05/1973**

Adresse : **08, RUE NED LOUTBANE APT. RELVEDENE**

Tél. : **06.11.85.97.79** Total des frais engagés : **1093,00** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Najoua GHAZAL**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier  
Tel. : 05 22 22 11 21 - Fax : 05 22 27 27 15  
- Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **FAKIH Hicham** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Auxéto**

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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : **HJ**

**08 JAN 2020**

Le : **08/01/2020**

**ACCUEIL**

## 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
100-11 Fey	3		400\$	Najoua GHAZAL Médecin - Psychothérapeute Mahmoud. Qu. Gauthier Fax : 05 22 27 27 15

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2019	693,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **(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

T<sup>R</sup> FAKIH Hicham

Casablanca, le

07.11.2019

- Valpro 500 LP. 156 262  
204,00 dep morn



156 262

dep morn

- No-dep 500g 156 261  
201,00 dep morn



156 261

Prisdel 2wg 156 260  
188,00 dep le soir



156 260

PHARMACIE DE LA M  
Dr. NABI  
Docieur en Pharm  
76, Rue de l'Atlas - Maroc Casablanca

LOT: 246  
PER: AVR 2021  
PPV: 201 DH 00

C

LOT 0901378  
EXP 02/22  
PPV 200DH 00

ملبس

Dr. Najoua GHAZAL  
Psychiatre - Psychothérapeute  
17, Rue Najib Mahfoud, Quartier Gauthier  
Tél.: 0522 22 11 21 - Fax : 0522 27 27 15  
18: 0522 22 11 21 - Fax: 0522 27 27 15  
- Casablanca -

Treatment de

T = 693,00

17, rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier - Casablanca - Tél. : 0522 22 11 21 - Fax : 0522 27 27 15  
زنقة نجيب محفوظ - حي كوتى - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 11 21 - الفاكس : 15