

## 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° W19-506737

NO: 18845

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Matricule : 11679 Société : RAN

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISSI YOUSSEF

Date de naissance : 20/10/1976

Adresse : Rue 7X2 N° 15 + Anchocha - Casablanca

Tél. : 060250374 Total des frais engagés : 150,269,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin : El IDRISSI YOUSSEF

Cachet du médecin : El IDRISSI YOUSSEF

Date de consultation : 06/01/2020

Nom et prénom du malade : EL IDRISSI YOUSSEF

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : Maladie Chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie Chronique

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 : 06/01/2020 Le : 06/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : El IDRISSI YOUSSEF

**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
06.01.880	9	X 1	150 DHT	INP : 021155465 092085752 COL/R/A

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092085752 SLAQUI HAMID 54, Boulevard de l'Industrie Tél.: 05 22 52 19 33 Casablanca	06/01/880	260,30

**ANALYSES - RADIographies**

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	

**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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
G													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
<table border="1"> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </table>		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION							
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale  
Echographie Clinique  
Electro Cardiogramme  
Gynécologie Femmes, Hommes  
et Enfants

## الدكتورة أسماء كورجة

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

طب النساء، الرجال  
والأطفال



Dr. Asma GOURJA  
Casablanca - le Maroc  
Mobile: 0522505035 - GSM: 0674688888

7 SAL → MA 31

46,70

3) Primostim 1x 3x 12 ₦ 46,70

46,70

1x 3x 12

46,70

1x 2x 12

46,70

30,90

2) Dicystose 1x 1x 10 ₦ 30,90

SOLU, solution for injection

ZENITH PHARMA  
ANM: 408/19 DMP/21/NRQ  
PPV: 30,20 DH

ODDS

5.6

1x 1x 10 ₦ 30,90

19,45 ₦

LOT 181032  
EXP 02/2022  
PPV 99.00 DH

Ex ayl

1x 2x 12 ₦ 24,90

18,45 ₦

5.6

1x 1x 10 ₦ 24,90

18,45 ₦

agel

5.6

1x 2x 12 ₦ 24,90

18,45 ₦

agel

5.6

1x 2x 12 ₦ 24,90

18,45 ₦

حي مولوي عبد الله زنقة 153 رقم 31 الانارة 1 عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 50 32  
Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 50 32

GSM : 06 74 68 87 68 - Email : docteurgourjaasmae@live.fr