

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<u>22522</u>	
Matricule :	<u>1349</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BOUCHAMA Abdeljalil</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	<u>20.6.51</u>		
Adresse :	<u>11 Rere Abou Fau Ben Houdane</u>		
Tél. :	<u>0661453654</u>		
Total des frais engagés :		Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Docteur Fouad BOUJDA            Ongarbaiaia Casablanca            151, Bd. El Fida, 0522.28.24.78            Tél: 0522.28.0661.62.75.75            Urgence: 0661.62.75.75         </div>			
<input type="checkbox"/> Date de consultation : <u>18 FEV 2020</u>			
<input type="checkbox"/> Nom et prénom du malade : <u>Bouchama Nacer ACCUEIL</u>			
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
<input type="checkbox"/> Nature de la maladie : <u>effection si geste</u>			
<input type="checkbox"/> En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<small>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.</small>			

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

Le : 18/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : N. J.

### 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
18 FEV 2020	5		200	INP : <input type="text"/> Docteur Fouad BOUJDI Dentiste 151 Bd. EL FIDA, Casablanca Tél: 0522.28.24.78 Urgence 0661.62.75

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FIDA 151 Bd EL FIDA - Casablanca Tél: 05 22 28 24 78	18/02/2020	195,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

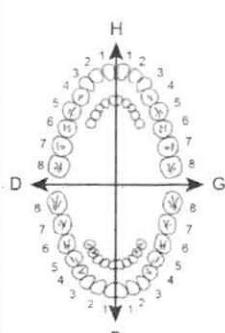
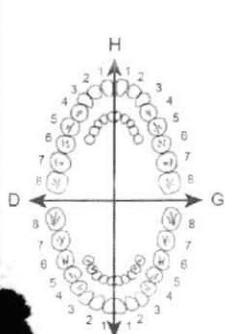
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
G	00000000		00000000	
				Coefficient 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

# Cabinet médical

79,80DH  
Lot: A19001  
Per: 12-2020  
de la Santé:

Casablanca le : ..... الدار البيضاء في :  
18 FEV 2020

**Docteur F. BOUJDI**

Omnipraticien

Ex. Interne de l'Hôpital d'enfants  
MEKNES  
Médecine d'Urgence  
Consultation à domicile

**الدكتور. ف. بوجدي**

داخلي سابقاً بمستشفى الأطفال بمكنا  
طبيب المستعجلات  
العيادة بالمنزل



**ZYRDOL® 500 mg** 20 comprimés pelliculés  
PPV 29DH00 EXP 08/2020 LOT 94082

43619 0622  
HPV 86,90



7980  
① - LEVENTEROL  
1 gel / J

2900 ② - Zipsol 2900  
1 cp x 3 J

8690 ③ - TITANUM 20 mg  
une gél / J 15 J

الدار البيضاء  
الطباعة  
151 Bd El Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 28 78 78

Docteur Fouad BOUJDI  
Omnipraticien  
151 Bd El Fida Casablanca  
Tél: 05 22 28 24 8  
Urgence: 06 61 62 75 75

151, شارع الفداء . الدار البيضاء . الهاتف/fax : 05 22 28 24 78 : الفاكس : 05 22 28 78 : الهاتف

URGENCES : 06 61 62 75 75 - المستعجلات : INPE: 091036070

e-mail : urgencerea@yahoo.fr