

# 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° W21-646746

84108

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9634	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL MCHANTEF Vionsy			
Date de naissance : 11/08/1921			
Adresse : 164 CITE EL HOUARIA Mohammadia			
Tél. : 061-52036	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2013

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>D. Ouafae EL JEDIDI</b> <b>Gynécologie Médical</b> <b>123, Bd Palestine El Jadida</b> <b>Mohammadia</b>			
Date de consultation : 24/08/2021	Tél : 05 22 20 45 45 - 06 55 04 46	Age : 81	
Nom et prénom du malade : EL MCHANTEF Imane			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Furancie			
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 : 01/08/2021 Le : 29/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVÉ 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
24/08/21	OS	0.1	200.00	INF : 06105473

INP: 0610 (43)

INP : 0610143

### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie S. MERZOUGA 10, Avenue EL AÏCHA 32000 TOULOUSE Tél: 05 23 32 03 06</i>	24/08/21	191,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
		.....				.....	
		.....				.....	
		.....				.....	
		.....				.....	
		.....				.....	

#### **RELEVÉ 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet de Gynécologie Médicale

Dr. Ouafae El JEBARI

Gynécologie Médicale

Université de Strasbourg

Echographie

Université de Paris



الدكتورة وفاء الجباري

طب النساء

جامعة استراسبورغ

الفحص بالموجات ما فوق الصوتية

جامعة باريس

Mohammedia, le : 24/08/2021 المحمدية، في :

Pharmacie LA LIBERTE  
MERZOUKI Najat  
336, lot Houria - EL Alia  
Mohammedia  
Tél : 0523 32 03 06

med  
EL MCIAANTEF  
FMcm

134,50

- fucidine : 140

AS

140 2x1  
rendez ST

9,00

- Aureomycine 140 mg/ml

AS

140 mg/ml

Pommel

2x1

démiqu

rendez TT

47,80

- Dazone 140 2x1

AS

rendez ST

rendez ST

D. Ouafae El JEBARI  
Gynécologie Médicale  
Bd Palestine El Horia  
Mohammedia 104 - 06 65 04

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

**Auréomycine® 3 %**

Pommade dermique tube de 15g

1 2 3

9,00

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80