

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Ses 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.

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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

106881

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10148

Société : RAO

Actif  Pensionné(e)

Autre : Référante

Nom & Prénom : HNAITI Y. Nadia

Date de naissance : 16.03.1977

Adresse : 1162+ La Siesta, Nohamedia

Tél. : 06.65.88.07.66 Total des frais engagés : 870,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) :

PHARMACIE DE LA BLONDIN  
Dr. LA JBA  
Plage Tital 245 Sidi El Mansour  
Casablanca 20000  
Tél. 05 22 30 30 18

#### **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| HARMACIE PONT BLONDIN<br>Dr JALI KOURAA<br>Mage Filal 248 - El Mansouria<br>Pan Slimane - Tel. Fax 05 23 30 30 18<br>A - 5224 - Patente N° 399400 | 07-03-2024 | 870,10                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan.

**PHARMACIE PONT BLONDIN**  
 Dr. LALI KOUBAÏ  
 Plage Tidal 24B Bis Cité EL Mansouria  
 Bouslimane - Tel./Fax: 05 23 30 30 18  
 R.C. Mohammedia 5204 - Potente N° 39941500  
 I.C.F - 000416675000029

Pedia Le 07.03.2022

Facture N°

04

M. HMAITY NADIA

| Quantité | désignation    | Prix   | Montant |
|----------|----------------|--------|---------|
| 07       | Nolvadex 20 mg | 124,30 | 870,10  |
|          |                |        | 870,10  |
|          |                |        |         |
|          |                |        |         |
|          |                |        |         |
|          |                |        |         |
|          |                |        |         |
|          |                |        |         |

**PHARMACIE PONT BLONDIN**  
 Dr. LALI KOUBAÏ  
 Plage Tidal 24B Bis Cité EL Mansouria  
 Bouslimane - Tel./Fax: 05 23 30 30 18  
 R.C. Mohammedia 5204 - Potente N° 39941500  
 I.C.F - 000416675000029

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Q/Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Q/Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Q/Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Q/Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Q/Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Q/Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

**Docteur AFIFI Adnane**  
Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.  
Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.  
**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**  
**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**  
**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU**  
**SEIN**  
8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca  
Tél : 0522 364 354. Tél et Fax : 0522 364 355  
Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

Casablanca, le

24/11/22

**Mme HMAITY Nadia**

**NOLVADEX 20**

*1 CP PAR JOURS, pendant 6 mois*

*[Signature]*

*[Signature]*