

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHRI JOUTFI Naima

Date de naissance : 05.04.52

Adresse : 518 Hadj Fateh - Sufra - Casa

Tél. 0632 300367

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2022

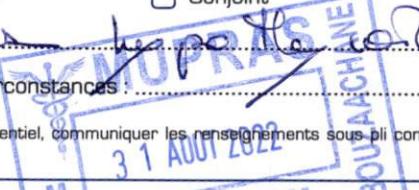
Nom et prénom du malade : TAHRI JOUTFI Naima Age: 70

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Glaucome



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 : Casa

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DES FACULTES</b> <u>Ghizlane LANBABY</u> <u>Docteur en Pharmacie</u> 94, Boulevard Mly Driss 1 <sup>er</sup> - Casablanca tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 25	16/08/22	361,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

# Docteur Mayy HAJJI

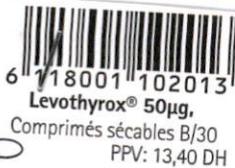
Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine  
de l'Université de Bordeaux II  
Professeur Agrégé

MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

**SAUF** le lundi toute la journée, le mardi matin  
et le samedi après midi



7862160336



7862160336

7862160336

16 . 08 - 88  
دار البيضاء - Casablanca, le

Medeeee TAHRI JOUTRE Naiad -

صيغة المكتبات  
PHARMACIE DES FACULTES  
CHIZLENE LAHIBABI  
Docteur en Pharmacie  
94, Boulevard Mly Driss 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 25

① MAOMINE S.V. 500 mg -  
1 felule pour 500 mg brule

② LEVOTHYROX 50 mg F 3 week  
1 13,40 x 3 pour x S.V.

③ INEXIUM 40 mg P S.V.  
1 123,60

*Dr. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE CASA  
120 BO. IDRIS 1<sup>er</sup> E. 7<sup>e</sup> étage  
Tél.: 0918 120270200002  
ICE: 00170270200002*

T 361,80

120 شارع مولاي ابريس الأول - الطابق الثالث - رقم 7 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 13 / 05 22 86 37 78 - الفاكس : 05 22 86 38 13  
120, Boulevard Moulay Idriss 1er - 3ème Etage, N°7 - Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca - Tél.: 05 22 86 37 78 / 05 22 86 38 13 - Fax: 05 22 86 38 13

INP : 091071001 - ICE : 00170270200002 - Patente : 36350035 - IF : 42024200