

## 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° W21-773513

11/12/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1529

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATYA KHALIL

Date de naissance : 19/03/1968

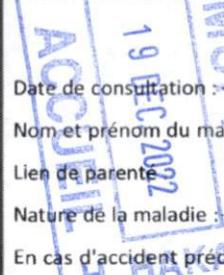
Adresse : 17 Montelle

Tél. : 0661699699

Total des frais engagés : 321,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



DR SOUDAD Latifa  
Médecin général  
Lot Annaim 1mm, A20 N°3 Oulfa  
CASABLANCA Tel: 05 22 91 32 04

Date de consultation : DEC 2022

Nom et prénom du malade : ATYA Khalil

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ATYA Khalil Affect Branchial

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 : C.R.A.

Le : 16/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14 DEC 2022     | C                 | —                     | 150                             | INP : 091035568<br>Signature : [Signature]<br>Date : 10/02/2023 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture  
**PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM** 1/12/22 T: 770.70  
**Siham GUERRAOUI**  
**Docteur en Pharmacie**  
**4, Résidence Annaim - Oulfa**  
**Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca**

092050293

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

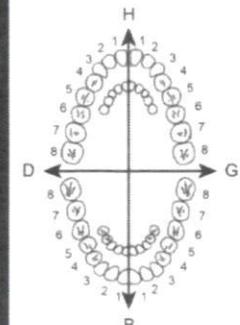
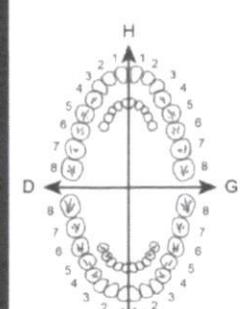
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | 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 de l'ODDF

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins     | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|--|---|----------------------|-------------|--|
|   |   |                      |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                      |             |  |
|  | H   | 25533412<br>00000000 | G           | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| D  | 00000000<br>35533411                      | 00000000<br>11433553 | B           | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|  |   |                      |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|  |   |                      |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale  
Diplôme U. en Diabétologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الطب العام  
دبلوم جامعي في داء السكري  
خريجة كلية الطب العام  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في : 14 DEC 2022

ATYA Khalil

Dr LATIFA BOUDAD  
Médecine Générale  
Casablanca  
Tél : 05 22 91 32 44



29.40  
- AZIX 5.00 

181 T

13.00

- Puloflud 15x30 

15x30 T

37.40

- Néopred 20g  
3cp e serle pte 

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

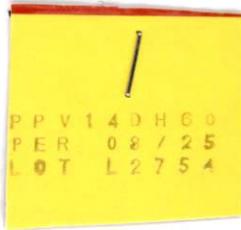


22.00  
- Rhumix 15x30 

Rhumix®  
Boîte de 10 sachets  
P.P.V. : 22,00 DH  
6 118000 191032

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAÏM  
Siham GUERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
4, Résidence Anhaïm - Oulfa  
réf: 05 22 89 43 09 - Casablanca

~~A4.60~~ - Dolip 1000  
L 48 x 317



~~SHAHM GTFERKAOFTI~~  
~~HARMACTE RESIDENCE ANNAM~~  
Distributor of Pharmacy  
a, Residence Annam - Office  
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

~~Shahm GTFERKAOFTI~~  
~~HARMACTE RESIDENCE ANNAM~~  
Distributor of Pharmacy  
a, Residence Annam - Office  
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca