

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-777757



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6069 Société : *RENATE*

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : *ROSY AYOUNE*

Date de naissance : *11-1-1956*

Adresse : *CASASFA CASABLANCA*

Tél. : *060238681* Total des frais engagés : *523,25* Dhs

Cadre réservé au Médecin *Majda BENBOUJIDA*  
Médecin Généraliste  
Av. Atlas Rue Jbel Michlifen  
N°318 Lissaf 1 Casablanca  
Tél. : 05 22 65 05 35

Cachet du médecin :

Date de consultation : *22/12/99*

Nom et prénom du malade : *HARAKAT FATIMA* Age : *42*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Arthrose + Maladie KAFALA + Gout*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Accident*

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 22/12/99* Le : *22/12/99*

Signature de l'adhérent(e) : *My*

Authorisation : CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
22/12/97	soin	1	2000	INP : INPE: 091239418 Majda BEN Médecin Généraliste Rue Job 1 Calabianca Sfa 1 65 0035

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> <u>S.A.R.L A.U</u> 40 Lot Smiralda Lissasta Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 07	22/12/2022	383,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### **VIOLET ADHERENT**

## 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"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>		<b>B</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<b>D</b>																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<b>G</b>																				
<b>B</b>																				
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Majda Benboujida

Médecin Généraliste  
Echographie Générale  
Ancienne interne des hôpitaux



الدكتورة ماجدة بنبوجيرة

الطب العام  
الفحص بالصدى  
طبيبة سابقا بالمستشفيات

Casablanca le : 22/11/21 9h 90 الدار البيضاء في.

HA RAKAT FATIMA ZAHRA

3219,9  
- Fe han 2 Sadit Enfant (3 Br)

429,9  
- colipred 2 + 3 (2 Br)

3,2  
+ As négatif 0

- P hyzrel 1 + 3

PARANTAL C 1000  
PPV 19DH60  
EXP 03/2025  
LOT 23023

Dr. Majda BENBOUJIDA  
Médecin Généraliste  
Av. Atlas Rue Jbel Michlif  
N°318 Lissasfa 1 Casablanca  
Tél: 05 22 65 05 35

ASPEGIC 1G  
SACHETS B10  
P.P.V : 30DH80  
118000061083

u613

Vente libre hors

1 ml fl + 3 i

22,8

- le pain 2 kg

22,8

- Fluegt 500  
1 kg

~~Dr. Maida BENBOUJDA  
Médecin Généraliste  
Av. Atlas Rue Jbel Michifien  
N°318 Lissasta, Casablanca  
Tél.: 05 22 65 05 35~~

~~32326~~  
DR. Maida BENBOUJDA  
Médecin Généraliste  
Av. Atlas Rue Jbel Michifien  
N°318 Lissasta, Casablanca  
Tél.: 05 22 65 05 35

~~PHARMACIE SARANAZ  
SARANAZ  
140 Lot Smitiada Lissasta  
Casablanca  
T/Fax: 05 22 65 20 07~~





**AVZIX**

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

7930

PPV 79DHT0

PER 07/22

LOT 11843



**AVZIX**

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

7930

PPV 79DHT0

PER 07/22

LOT 11843