

## 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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-438492

145169



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 5578	Société : R.A.M.	Autre : JAN. 2023
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BOUZARIF ZAHRA		
Date de naissance : 25/03/1962		
Adresse : 104, Rue Mir ouza Hay Erraha, Casablanca		
Tél. : 06 32 51 97	Total des frais engagés : 300,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mir ouza Hay Erraha Tel: 05 22 58 91 Casablanca		
Date de consultation : 10/04/2023		
Nom et prénom du malade : BOUZARIF Zahra		
Age: 57		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Diabète + coliques		
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 : Casablanca

Le : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TAUX 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
10 JAN 2023	AC 1	01 2	200,00	INPE : 091122440 INP : Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouz Hay Erraha Casablanca Tél : 0524 58 91

## EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien** صيدلاني  
**pharmacie du CAF** **ou du Fournisseur** Date  
**Mme CHAOUI SAMIRA** **10/01/2023**  
Rue Al Oukhouane Beauséjour  
Casablanca Tél 05 22 39 38 73

## 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
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

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

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

Docteur SAI

Médecine  
Echograph

PPC : 139,50dh

104, Rue Mimosas

1er Etage - Beausejour

Casablanca - Tel. : 05 22 36 58 91

Lot : 21946  
À consommer de  
... avant le : 05/2021

Carboxane®  
Gélules

Flora

الدكتورة صدي  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
Enterogermina 4 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V 100,00 DH

111  
100,00 DH  
IMODIUM 2MG GELULE

20 Gél  
P.P.V : 30DH50

LOT : 22E012  
PER : 08/2027

IMODIUM 2MG GELULE

20 Gél  
P.P.V : 30DH50

LOT : 22E011  
PER : 07/2027

6 118000 010845

Casablanca, le ..... فيضاء : في

10 JAN. 2023

Mme BOUZAFIF Zawa ..

100,00

- Enterogermina (01/3)

139,50

1 Flacon Buvable ;  
avant repas -  
- Carbosorb Flora (01/3)

1 cpl / apres repas -

- Tindamax (01/3)

2 gell d'Emblé pres

1 gell à chaque fesse  
diarrhéique -

- Lubrax ou Alpha-2a

1 cp le soir -

Dr. SADIK FOUZA  
Medecin  
104 Rue Mimouza Hay Erraha  
Tél. n° 05 22 36 58 91 Casablanca

