

# 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.

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 395- Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NAZIH FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة نازحه فاطمة  
Dr. EL KAICHI Fatima  
N°1, imm. A28 Résidence Addamane  
Ain chock-CASA-76: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lamhalgie Abcès

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :



## Déclaration de Maladie

M22- 0025745

151439

Optique  Autres

### 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
16/01/2023	C	C <sub>2</sub>	150.00	الدكتورة الفيشي فاطمة Dr. EL KAICHI Fatiha N°1 Imila 28 Résidence Addarmane Aïn Chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90 INPE: 091054296

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANDAH LORAN Manzah INPE: 091054296 Tél: 0522 816 184	16/01/2023	228.90

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		
G		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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

# Docteur Fatiha EL KAÏCHI

## Médecine Générale

الدكتورة فتحة القيشي

الطب العام

N°1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE  
AÏN Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 50 11 90

رقم 1، عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحى)  
عين الشق - الدار البيضاء  
المهاتف : 90 11 50 22 05



Casablanca, le : 16/01/2023

H<sup>ue</sup> NAZIH Fatima

83,-

1) Circumflex forte.  
1 gebrüllt (F)

60,43

1 gelukkig

**Di-INDO® 100 mg** 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 05/2025

Lot 24017 2

g-Di-Indo 100 mg

MANZAH

ARMASIE HAT AL MA  
SARIAU  
Al Mahzah Imm. 2 Medan  
Casa - INPE 062080778  
PHATROS 2015 182 N  
12 Janzah t 2088-  
15 APR

## Glestene injectable:

397p 2 injections in IM ( $\frac{1}{j} \times 10^3$ )

4) Fucidine pamoate:

1 application x 21 facts.

611 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

دكتور EL  
N°1,Imm. Azaïz Re  
Ain chock-CASA  
FIMPE/0

**Fucidine® 2%**  
pommade Tube de 15 g

39, 40