

## 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.

N° W21-661856

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>21FS</b>		Société :	
Matricule :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>RENNIS Abdeslam</i>
Nom & Prénom :		<i>RENNIS Abdeslam</i>	
Date de naissance :		<i>04 - 02 - 1950</i>	
Adresse :		<i>34 Route AZENNOUR Résidence Yasmine</i>	
Tél. :		<i>0661196048</i>	
		Total des frais engagés : <i>313,00</i> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin : <i>Dr. CHAHIDI Naïma Rhumatologue</i>  <i>17, Bd. Yacoub El Mansour</i>  <i>ESPA Andaloussia 1er Etage N° 18</i>  <i>BP 10522 Casablanca 38 - Casablanca</i></p>		
Date de consultation :	<i>09/06/2023</i>		
Nom et prénom du malade :		<i>RENNIS Abdeslam</i>	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		<i>Affection Phthalalgie</i>	
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 :** *GRASAT 09/06/2023* **Le :** *16 JUIN 2023*

Signature de l'adhérent(e) :

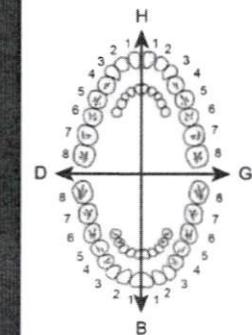


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/06/13	CS		300/00	INP : 0911186908
09/06/13				
09/06/13				

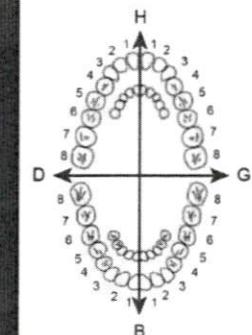
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr Mounir CHABACH Pharmacie Superieure Dr d'Azzedine Tel: 05 22 95 01 16</i>	<i>06/06/2023</i>	<i>13.45</i>

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

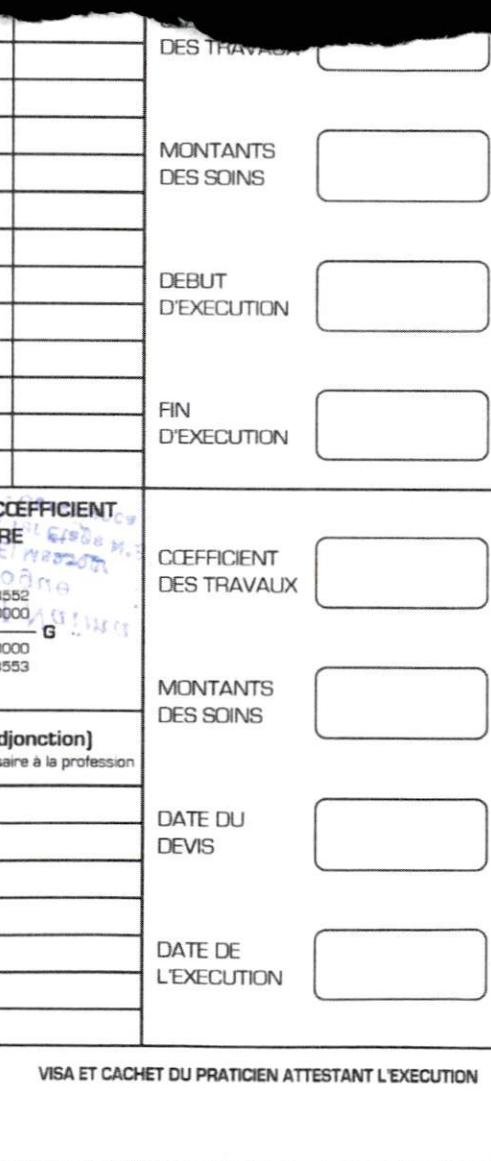
VOLET ADHERENT



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



Dr. Chahidi Naima

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulations  
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose



الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في جراحة العظام  
والمفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس  
أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)  
العلاج بالأدوية البيولوجية

شاشة العظام

Casablanca le : 09/06/23

N. BENNETT مبدلة

N. M?

Colchicine 1 mg.

AS

1 CP Un jour sur 2 \*

03 mois

الطباطبى  
PHARMACIE SUP AVFA  
Dr. Mouna CHABACH PHA  
Rte d'Azzemour, Anfa Supérieure  
Tel: 05 22 95 01 16

Dr. CHAHIDI Naima  
Rhumatologue  
173, Bd. Yaâcoub El Mansour  
Espace Andaloussie, 1er Etage N°6  
Tél: 05 22 95 14 38



الطابق الأول رقم 6 - المعاريف - الدار البيضاء

173, Boulevard Yaâcoub El Mansour, Espace A1

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15 / E-mail : chahidirnumatologie@gmail.com

13,40

173، شارع يعقوب

العاريف - Casablanca