

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0023410

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>365</u>	Société : .....	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>Najat 2875</u>
Nom & Prénom : <u>BARRA DJ</u> <u>Fatima</u>		
Date de naissance : <u>01 - 01 - 1946</u>		
Adresse : <u>Rue Ain Asserdoune Imm D Apt 4</u>		
Hay Essalam Casa		
Tél. : <u>06 64 20 77 29</u>	Total des frais engagés : <u>1157.30</u>	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : BARRA DJ Fatima ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Casa Le : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

### 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
9.1.26	CS		300	<i>Dr. FIKRILAH Gynécologue Clinicienne</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA SOURCE Melle EL MOUINA Docteur El MOUNA 7, Rue Ain Asserdine, C.I.L Casablanca - Tél: 06-22-36-24-85</i>	11/01/2012	857, 30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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 Laila Fikri

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

Diplôme universitaire Paris V en :  
Coelio chirurgie - Hystéroscopie - Colposcopie  
Chirurgie Gynécologique Accouchement

Diplôme universitaire Paris V en :  
Echographie : Gynécologique et Obstétricale et Sénologie

Sérilité - Maladie du Sein

Préparation à L'accouchement ( Technique Sophrologique )

Sur Rendez-Vous



## الدكتورة ليلا فكري

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بباريس

حاصلة على شهادة من كلية  
الطب بباريس ٧ في الجراحة

بالمختبر الداخلي - منظار الرحم  
ومنظار الكولوبوسكوفي

عقم الزوجين - أمراض الثدي  
بالبيعاد

Casablanca, le : ٩.١.٢٤ الدار البيضاء، في :

Mme Baraki Fatima

819,00

1<sup>er</sup> accouplement



273,00x3

819,00

38,30

2<sup>nd</sup> - Polygyne



total le sur x 6,

857,30

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUADJI MOUNA  
Docteur en Pharmacie  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L  
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85



21 Sakan Amine , N° 4, 1er Étage Oulfa - Casablanca  
Tél. : 06 56 93 42 74 - 05 20 24 09 04



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

PPV : 273,00 DH

28 comprimés pelliculés

**10mg/160mg**

**EXFORGE** ○

611800103060 6



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

MAPHAR  
POLYGYNAX 6 capsules vaginales  
Bd. Alkmia No. 6, Oi-Sidi Bernoussi,  
Casablanca / Maroc  
P.P.V. : 38DH30

6 118001 182015

