

# 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-813011

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> A
Sous-titre Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>11461</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>99/142</b>
Nom & Prénom : <b>KADJAJ NAWAL</b>			
Date de naissance : <b>26/11/1977</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0665100783</b> Total des frais engagés : <b>523,00</b>			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	Cachet du médecin :	
	<b>INPE : 091122440</b>	
Date de consultation :	<b>02 AVR 2024</b>	
Nom et prénom du malade :	<b>Mme KADJAJ NAWAL</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>grippe - grippe -</b>	
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nom et Prénom du Médecin	Montant total des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<i>02 AVR 2024</i>	1 C	<b>INP : 0911224405</b>	01 200,00	INP : 0911224405  <b>DR. SADIK Fouzia</b> Médecin 104, Rue Mimouza Hay Frecha Tél : 05 22 45 55 91 Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENEDOUNA D'ATHMAGE BELGIQUE - GESBLINQ 09209 09209	02/04/24	323,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

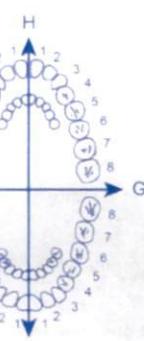
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	G B			MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur SADIK Fouzia**

**Médecine Générale**

**Echographie Générale**

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

**الدكتورة صديق فوزية**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بروسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

02 AVR 2024

Casablanca, le : ..... في الدار البيضاء ، في :

Ms - KADJAJ NAWAL .

130,30

- Zivflex 400 mg (0.1B de 5)

1cp/1 x 05 i apres repas x 5 i

- Eltiforex 20 mg (0.1B)

41,30 2cp/1 i ave le Flacon x 05 i

- Belmazol 20 mg (0.1B de 74)

69,00 1 gell / i - 1/2 i repas x 14 i

- DociVox (0.1B) 1 i x 3 jnd

- Alora Sup (0.1B) 1 i qd le mat /

323,70

DR. SADIK FOUZIA  
PHARMACIE CASA VIE  
Centre Commercial Casavie - Casablanca  
Nassim 15 Lane - Tél: 0522 69 64 64  
13 50 00  
104, Rue Mimouza Hay Ebraha  
Tél: 05 22 36.58.91 Casablanca

**DR. SADIK Fouzia**  
**Médecin**

**Medecin**

104, Rue Mimouza Hay Ebraha  
Tél: 05 22 36.58.91 Casablanca