

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 des données à caractère personnel.

Nº M21- 0060663

*MUPRAS  
RECEPTION* *A 36805*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9266

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MAAATAoui DRISS

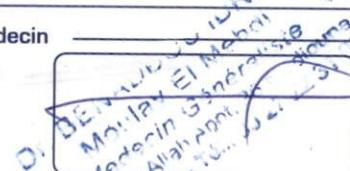
Date de naissance : 20/04/1920 DARWAS

Adresse : 01-01-53

Tél. : 0622206473 Total des frais engagés : 295,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 SEPT 2022

Nom et prénom du malade : RAÏSOUH M. HAFSA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : COTITIE

*RAÏSOUH M. HAFSA*

*MUPRAS*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

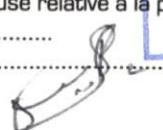
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05.20.44

Le : 08.11.22

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
30 SEPT 2022			165,-	100% Honoraires payés par la caisse d'assurance maladie Signature : Dr. A. Berrengier

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. Berrengier Pharmacie LA PRAIRIE	30/09/22	165,-

### 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr Benaddou  
Idrissi Moulay El Mehdi  
Urgentiste  
Ex attaché MGH BOSTON USA  
 Diplôme de médecine de football FIFA  
Médecin au club WYDAD Casablanca

### Ordonnance

30 SEPT 2022

Maryam K Khadija

SV

28.20

11 Salpicon 50

41,30

Min PI

SV

2) Ixoro 25

SV

1) Fixo 100

Salpicon 50



58,15

37,00

5) Hydraloj + 16 Sorbet

Dr. Idrissi Moulay El Mehdi  
Cabinet Dr Benaddou  
Centre Commercial Abderrahim etg 1, Bureau N° 33,  
Mediouna Casablanca

06.48.07.59.49 benaddoumehdi1@gmail.com

Centre Commercial Abderrahim etg 1, Bureau N° 33,  
Mediouna Casablanca

AL5/0

611 000115 018 3  
CELESTENE 4mg/3ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

**droxo** COBALAMINE BASE  
PPV 58DH50 EXP 05/2025  
LOT 1N002 4



PPV 28,20  
LOT  
PER

**IXOR** 20 mg 7 comprimés effervescents  
PPV 41DH30  
EXP 03/2024  
LOT 23018 2

**SORBHEPATIC**  
PPV 17DH00  
EXP 03/2025  
LOT 10057 10