

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2445	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	247299
Nom & Prénom :		K. Benabdellah Jeouad	
Date de naissance :		12-07-56	
Adresse :		R. Allal Ben Abdellah	
Tél. :		05 22 20 45 45	Total des frais engagés : 11.88 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	DR OMAR BENMBAREK Médecin Généraliste 1028, Hay Riad - BOUZNIKA Tél : 05.37.64.91.79 en cas d'urgence : 06 72 43 50 87 E : 061188827		
Date de consultation :	16 JAN 2023		
Nom et prénom du malade :	Kabbarlan Benabdellah Jeouad Age: 66		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Toux		
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 : C.A.S.A. Le : 31/01/2023

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
16 JAN 2023	C	1	4804	Dr. OMAR BEN Médecin Généraliste 028, Hay Riad Tél : 05.37.64.91.00 d'urgence : 06.72.43.50.87 NPE : 06118827

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY OTHMANE Ahmed MANSOUR 24, Rue Tizi - Lot 45 Hay Othmane - BOUZNIKA Tél. : 05 37 74 30 53	16/01/2023	1108,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B	00000000
H	21433552													
25533412	00000000													
D	00000000													
35533411	11433553													
B	00000000													
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



16 JAN 2023

## Ordonnance

Bouznika le : .....

Nom et prénom : .....

kabailou berrada jaouad

91,00x4

• DIAFORMINE CO 1000MG B30 COMP

1-0-1

60,00x4

• GLEMA CO 3MG B30 COMP

0-1-0

• EPHEDRYL CO B20 COMP

1-1-1

4,00

• EFFIPRED CO 20MG B20 COMP EFFER

3cp/jr

744,00

• PLANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM

1108,00

Pharmacie HAY OTHMANE  
Ahmed MANSOUR  
24, Rue Tiznit - Lot 45  
Hay Othmane - BOUZNIKA  
Tél. : 05 37 74 30 53

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

العنوان : حي الرياض رقم 1028 ببوزنقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

الموصول في الحالات المحتبطة : 06 72 43 50 87

البريد الإلكتروني : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

Dr. OMAR BENMBAREK  
 Médecin Généraliste  
 1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
 Tél. : 05.37.64.91.79  
 en cas d'urgence : 06.72.43.50.87  
 N°P.E. : 061188827

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 85

P.P.V. : 744DH00

6118001 081615

PPV 60DH00  
PER 09/24  
LOT 13277

PPV 60DH00  
PER 09/24  
LOT 13277

PPV 60DH00  
PER 07/24  
LOT L2663

PPV 60DH00  
PER 01/24  
LOT L132

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 40DH00  
EXP 08/2025  
LOT 24015 6

PPV 21DH00  
PER 07/25  
LOT L2680

PPV 21DH00  
PER 08/25  
LOT L2809

PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3369

PPV 21DH00  
PER 08/25  
LOT L2810