

# 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.

## Reéducation :

- 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 loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles. Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - 1<sup>er</sup> Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Agdal - Casablanca - Maroc. Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 004555

AS1911

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3210518

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bennani Jamal

Date de naissance : 13/07/66

Adresse : 558, C.G.D. Green Town Casablanca

Tél. : 66169808

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.02.2023

Nom et prénom du malade : Dr Bennani Jamal

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection psychiatrique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	NOM DES DENTISTES														
	NOM DE LA CLINIQUE														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>2143552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>1143553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	2143552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	1143553	B	
H	G														
25533412	2143552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	1143553														
B															
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
<p>MONTANTS DES SOINS</p>															
<p>DATE DU DEVIS</p>															
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>															
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Khadija DEROUI

Psychiatre - Psychothérapeute

Thérapie cognitivo - comportementale

Addictologie

Gérontopsychiatrie

Gestion de stress



الدكتورة خديجة الدروعي

طبية اختصاصية في الأمراض النفسية

العلاج السلوكي المعرفي

علاج الادمان

الطب النفسي للمسنين

تدبير الارهاق

Date: 09/02/2023

## ORDONNANCE

Mr Bennani Jamal

CESE GREECE TEL: +212 520-526338  
D: Centre Commercial Ville Verte  
S: PHARMACEUTICALS  
A: ALI BEN YOUSSEF  
B: Casablanca

1) Pobuzar 3900 S.V. 16x40x2 / 1 le soir p'tit jus  
2) Sertam 110mg 2x1 le soir p'tit jus 216x40x2 / 1 le soir a laitier  
3) Anodol 500mg 100-0-0 5 sachets

اقامة ستي 77 زنقة فرجات حشام طابية 1 شقة 18 - حي مرس السلطان - الدار البيضاء  
Résidence City 77, rue Farhat hachad, 1er étage APP 18 Quartier mers sultan - Casablanca  
Tél: 0522 22 10 67 - 0662 02 92 60 - Email: dr.derouikhadija@gmail.com

6 118000 12021 698  
POLYZAPIN® 5 mg  
30 comprimés sécables  
Ondansetron

