

## 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.

N° W21-689320

AS7060

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>7809</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	<b>BENMUSA YASSIR</b>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <b>9/8/69</b>			
Adresse : <b>19 Rue Jules Gras 0 A875</b>			
Tél. : <b>066120466</b>	Total des frais engagés :	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation	<b>10/04/2003</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Dr. BEN SAUSSA YASSIR</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b>	<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>
Nature de la maladie :	<b>Affection 10/04/2003</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : **Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca** le : **10/04/2003** à **10:00**

Signature de l'adhérent(e) : **ZY**

  
Dr. ALLAL BEN ABDELLAH  
Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca  
Chambre Syndicale des Médecins  
N° 70, 1er étage, Bd. Mohamed V, Casablanca  
Bd. Sidi Abdellah El Hachemi, Casablanca  
0522 93 14 99/L

Le : **/ /**

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
07/04/2023	CS		270,33	INP : 00103010901 BD. 0527 00 14 991 N° 20, rue Bégin - 92130 Gennevilliers CHU de Paris - Service de Radiologie Oncologie - Imagerie - Santé publique

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7.6.23	356.40

#### **ANALYSES - RADIographies**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VIOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

**Dr. Ahmed JABRI**

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

PPV : 80.10 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

anca

planca, le :

21/4/2023

MONOZEC  
Boîte de 5 COM PEL  
P.P.V : 87.30 DH

6 118001 183821

Maphar  
Km 10, route côtière 111  
Ql-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca  
Maroc

بانتظار

تفني 20 غشت

ضاء

Lot N°: 066S032A  
Fab: 06/2022  
Exp: 06/2024  
PPV: 149DH00

PPV: 40DH00  
PER: 02/26  
LOT: M717

bottu s.a.  
B2, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S. Rachouch - Pharmacien Responsable

Mr. BEN MOUSSA Youssef

87,30

1) Mono Zeclar Cp 50

40,00

14 / 15 / 05

2) Cotriplex Cp 20

52,00

14 / 15 / 05

3) Rynostat 10ml

80,10

14 / 15 / 05

4) Parazymal Cp 12ml

149,00

14 / 15 / 05

5) Dr. AHMED 35640 Pd den 1 pl 2

149,00

14 / 15 / 05



شارع سيدى عبد الرحمن - درب الحرية، الطابق الأول ( أمام مصحة ياسمين ) الحي الحسني  
البيضاء

76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani

Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email : ahmedjabri@hotmail.com - INPE : 091079491