

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Autorisation CNIDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-798947

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08558	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Benni Sofi</i>
Nom & Prénom : Benni Sofi		Date de naissance : 05/01/1989	
Adresse : N° 50, 6e étage de l'Gcea 1, Par Bousaada		Tél. : 0661 08 93 77	
Total des frais engagés :			Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/01/2019			
Nom et prénom du malade : BENNIS Sofia			
Age: 30			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Sid dyslexie</i>			
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 : Casablanca, le 05/01/2019

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
05/05 2023	CAPSY			INP : 0912068131 Dr. M. Mousel Hassan Tel : 0661489317

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/05/2023	186,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

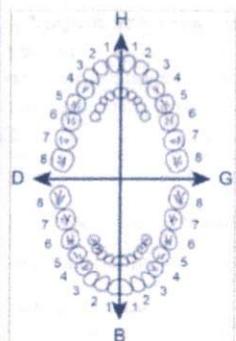
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

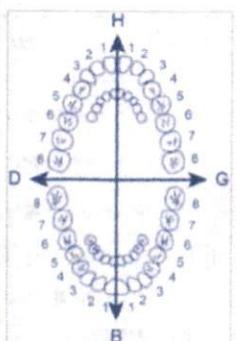
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 230100 1  
EXP 12 2025  
PPV 35.70



dans le Calvados

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 020530

- Ex-Psychiatre à l'institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (I.T.E.P) dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R) dans l'Orne
- Ancien membre du réseau de l'obésité dans l'Orne

طبيب متخصص في الأمراض النفسية لدى المستشفيات الفرنسية  
طبيب رئيس قطب سابق: قطب الأمراض النفسية والعقلية والإدمان بالكافالادوس

طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية والتربوية بلوزن (سابقا)

طبيب متخصص لدى معهد الترويضي للكبار والأطفال بلوزن - فرنسا (سابقا)

Casablanca, Le:

5/5/23

Dr Me Dennis Sofiq

~~110-2777~~

150,60

35.70

~~110-276~~

186133

Dr Me Dennis Sofiq

Sep SOW

Dr. Tarik Zouhair  
Psychiatre  
Youssef Hassan 1er  
0661 08 93 17

2016 06/08/23

16، مكرر اقامة السرور - زاوية مولاي يوسف حسن الأول الدار البيضاء. 16، مكرر اقامة السرور - زاوية مولاي يوسف حسن الأول الدار البيضاء.

05 22 22 50 10 - 06 69 29 23 11 - 06 61 08 93 17

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubair binou al aouam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

25mg  
Boîte de 60  
26816 DMP/21/NSF P.P.V: 150,60 DH  
6 118001 021338