

# 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.

M22- 0017386  
MUPRAS  
RECEPTION9

Optique  Autres

Maladie  Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093 Société : RAY A71677  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : GHAZZAR Abdelkarim  
 Date de naissance : 15/03/1956  
 Adresse : lot 0NA II 3<sup>e</sup> étage N° 469  
 DEROVA  
 Tél. : 0660819168 Total des frais engagés : 757,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. BENBRAHIM Ibrahim  
NEURO-PSYCHIATRE  
11, Bd. Zerkouni - Rés. Tarfaya  
Casablanca - Tél. : 0522 22 18 11

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 29/07/2023  
 Nom et prénom du malade : GHAZZAR AERYEM Age: 20073  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : aff  
 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.

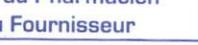
Fait à : Casablanca Le : 29/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : Ghazzar

## 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
29/07/2023	03	—	400,00	<i>DR. HAFIZ HATEEM</i> Med. Pol: 0322 22 18 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/2023	357,00

## 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, cette pratique en indiquant la nature des soins.

### Important:

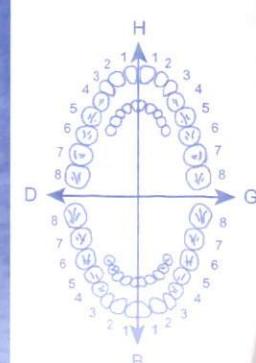
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

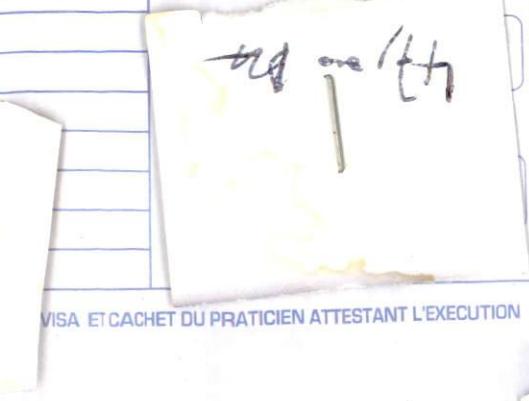
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



6 118001 130115  
VALDOXAN 25 mg  
Boîte de 28 comprimés  
PPV: 31.00.00 DH  
Série MARC-CasaBlanca

14010025



NEURO - PSYCHIATRE

11, Bd.Zerkouni "Résidence Tarfaya"  
4ème Etage , App 12 - Casablanca  
Tél : 05 22 22 16 81  
Fax : 05 22 26 53 47

الدكتور بنبرهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية والعقلية والنفسية

11 , شارع الزرقطوني "إقامة طرفاية"  
الطابق الرابع الشقة رقم 12 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 22 16 81  
الفاكس: 05 22 26 53 47

Casablanca, le ..... 29/07/23 .....

- M. SITTAZZAR Relyan. -

31°  
- VALDOXAN 25 mg  
S.V  
Vt. 2  
met point

Fix : 05 22 26 53 20 56  
S.V  
244 101 SERMENTI DI COMUNUM  
PHARMACIE EL QUIMICO

- AUEPSIA  
1/2cp ( ) 500  
357, S.V

Dr. BENBRAHIM Brahim  
NEURO PSYCHIATRE  
11, Bd. Zerkouni . Rés. Tarfaya  
Casablanca- Tél: 0522 29 18 83

Traitemet continu jusqu'au prochain Rendez-vous le 29/08/23