

## 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.

N° W21-798167

A 74832

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8729	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAJKOUER ZAKARIA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0522 786685	Total des frais engagés :	
		350 + 343 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<p>Dr. Antina BENZAOURA Oto-Rhino-Laryngologue 157, Route Sidi Maarouf Tél: 0522 88 02 17</p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	31/08/2023	Age:	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 :  
Signature de l'adhérent(e) : *Jacky*

Le : 31/08/2023

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
31.08.23	15	1	250,00 Fr.	DR. BERNARDINUS TÉMOIGNAGE DE PAYER LES FRAIS D'HONORAIRES DU 31.08.2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL MOKRANI</b> Dr. Ziad Mokrani Lotissement Florida, Lot. 281 Sidi Maârouf - Casablanca Tél-Fax : 0522 32 19 90 0522 32 19 59	31/08/23	343,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>PHARMACIE Lotissement Saint-François</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <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> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G				B	00000000	00000000	35533411	11433553		
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			
G																					
B	00000000	00000000																			
35533411	11433553																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

# Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino- Laryngologiste



Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge  
Exploration des Vertiges et surdités  
Allergologie - Endoscopie ORL  
Chirurgie cervico-faciale  
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne interne du CHU Pellegrin bordeaux

الدكتورة أمينة بنزاوية  
أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة  
أخصائية في أمراض حادحة الأنف والأذن والحنجرة و العنق  
تشخيص الصمم و الدوخة  
التشخيص بالمنظار الداخلي  
أمراض المسالك  
طبية داخلية سابقة بالمستشفي الجامعي ابن رشد  
طبية داخلية سابقة بالمستشفي الجامعي لبوردو

31/08/2023

T. Nadia Nohamed

Ismaïl

170,00

1) Cefixime 400 mg



1 g x 21 j poft 08

89,50

2) Rhinolaya spray



9 pulg x

3) netkog

73,40

3) Etilos 4

1 g 1 j net



فلاوريد  
PHARMACIE FLORIDA  
Dr. ZIAD Mounia  
Lot. 281  
Lotissement Flerida - Casa  
Sidi Maârouf - Casa  
Tél-Fax : 0522 32 19 59

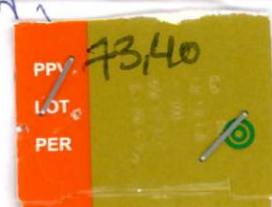
157, Lotissement Dandoune Sidi Maârouf, Tél : 0522780217  
E-mail : benzaouiaamina@gmail.com

X

10) HEC pommeado  
May a għeji net



5) IPP 20 mg/g  
1 għell jekk



6) Ullo leme ja  
May a għeji net



343.00

Dr. Amina BEN  
Oto-Rhino-Laryngologiste  
157 - Route Sidi Ma'arouf  
Tel: 0522 780217

