

# 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.

M22- N° 003236 *198043*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0005767* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ABIZ ZOHRA / HEDY HEBDI*

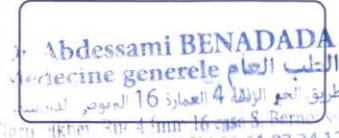
Date de naissance :

Adresse : *canal bernardine 115 El Ouarda résidence el fajr*

Tél. : *06.04.16.59.84* Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *20/11/2013*

Nom et prénom du malade : *WAHID ELI Tch Pi* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Bronchite Abris Dentaire*

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'exhaustivité 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 : *22/11/2013*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## 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
20/11/13	C	x.1	200/-	Dr. Abdessamai BENADAD Signature générale pour 4 mois du 4 Janv 16 jusqu'au 4 Janv 17 GSM 06 01 02 24 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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'ODA.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ————— 00000000   00000000 35533411   11433553
---	--

### (Création, remont, adionction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a 12-pointed star divided into 12 triangular sections. Each section contains a number from 1 to 12. The numbers are arranged as follows: top vertex (A) is 1; top-left (B) is 2; top-right (C) is 8; middle-left (D) is 7; middle-right (E) is 6; bottom-left (F) is 5; bottom-right (G) is 4; bottom vertex (H) is 3; bottom-left (I) is 2; bottom-right (J) is 3; middle-left (K) is 4; middle-right (L) is 5; top-right (M) is 6; and top-left (N) is 7. The numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, and 12 are distributed among the 12 sections.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



BIRODOGYL  
CP PEL B15

P.P.V. : 102DH00

6 118000 060567



ASPEGIC 1G  
SACHETS B10

P.P.V. : 30DH80

6 118000 060567

PPV 34DH70 EXP 09/2025  
LOT 28026 3

**PECTRYL®**  
SIROP EXPECTORANT  
EXPECTORANT SYRUP

250 ml

LOT : 1987  
UT.AV: 02-26  
PPV: 20DH00

LOT 2005  
PER 03/24  
PPV 82DH10

82 (no)

Dr. Abdessamî BENADADA

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport



دكتور عبد السميم بن العبدلة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

Casablanca, le : 20/10/1983

الدار البيضاء في :

WAHIL EL Tch Str

109,02 Binodogyl 191 x 815 1B

1 44,20 x 2 - Difalio 195 x 815 2B

30,80 - Agreco 181 x 815 1B

34,70 - Pectogyl 190 x 815 1B

20,00 Rinome 191 x 815 1B

82,10 - Esac 80 181 x 815 1B

358,00

Dr. Abdessamî BENADADA  
Médecine générale  
طريق نعم: الولادة 4  
العنوان: 16 شارع طارق بن زياد  
الدار البيضاء  
fax: 05 22 73 96 06 GSM: 05 81 87 34 12

16 زنقة 4 فوق حمام طريق الغير س. البرنوسي البيضاء الهاتف : 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16 Rue 4 , Dessus Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca

Tél : 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12