

## 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° W19-536916

38670

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11462

Société :

RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

KADJAJ NAWAL

Date de naissance :

26/11/1977

Adresse :

Tél. : 0665100783

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. Latifa BTI INDU*  
Médecine Générale, Echographie  
Nutrition  
7 RDC Rue 11 Mai, Tharifi Medecina  
Casablanca - Tél. : 05 22 93 72

**04 SEP. 2020**

**ACCUEIL**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

29/08/2020

Nom et prénom du malade :

KADJAJ NAWAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

rhumatism

**02 SEP. 2020**

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.

Le : \_\_\_\_\_

*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
29/08/2022				INP : 1091624162 Dr. Hiba BENNOUNA Médecin d'Urgence Echographie N° de l'INP : 1091624162 N° de l'INAMI : Thami Moudla Téléphone : 05 22 93 72

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>J</i>	29/08/2022	310,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

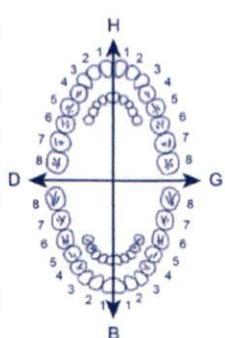
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

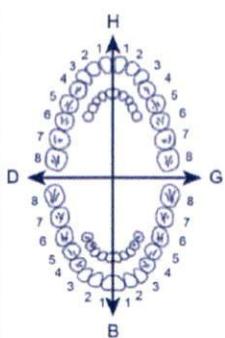
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

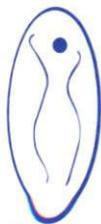
Médecine de Travail

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



ica le :

~~79,70~~

7 9 7 0

ZITHROMAX 500 MG  
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1281582

Date Fab. 10 / 2018 Date Exp. 09 / 2021

PPV : 79,70 DH

79,70 x 2

Kad jaj  
Nawal

- Zithromax n°2.

PHARMAS  
LOT : 8388  
UT.AV : 02-28  
PPV : 36DH40

36,40 l ypli

- No prescr

38,80 3 ypli / 05

38,80 luxo

76,00 x 3

- Biolar multivit

310,60 l ypli

Dr. Laila BENNOUWA  
Médecin Général - Echographie  
7, F - Rue 11 Mly - Thami Mazola  
Casablanca - Tél: 0522.93.31.72

7, الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél: 0522.93.31.72

E-mail: centre.bennouna@gmail.com - ICE: 001876772000053