

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-565332

40460

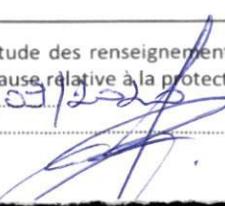
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1700	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENJEDRA HASSAN			
Date de naissance : 20/06/1956			
Adresse : 107-64 HAJ FATHI 5 OULFA CASA			
Tél. :	0664162105	Total des frais engagés :	73,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p>			
Date de consultation : 02/09/2020			
Nom et prénom du malade : Benjedra Hassan Age : 64			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : gestite			
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 : CASA le 17 SEP. 2020

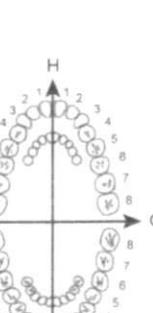
Le : 17 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

 17 SEP. 2020

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
02/09/20	C		0 R	INP : 091176380

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE HAMZA CASA CANCA Lot. Majtateh Rue 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28	02/09/20	73.80

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
				<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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552															
				D	00000000	00000000															
				B	35533411	11433553															
G																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire

hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale

française de gastro-entérologie

Echographie-gastroscopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale



إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-ال睥عنة-المرارة-الأمعاء

البواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الشخص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج

Casablanca, le : 02/09/2020

Benzemza 100 mg

73.80 I x or 20 mg

1c p/s (14%)



STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lotis. Haj fatah Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 29

Dr. Meriem EL OUARDI  
Hôpital Casablanca - Entérologue  
Centre de Santé et de Recherche, 1000 Boula  
El Ouardi, Casablanca - Tél: +212 522 90 72 98