

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0000313

Société :

42573

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

EL OUAIFI ZOHRAB

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

Bni lomdoune Rue lib N°16

CASABLANCA

Tél. :

0630560176

Total des frais engagés :

397.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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 : 28/09/2008

Signature de l'adhérent(e) :

El Ouaifi Zohra  
ACCUEIL

### 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
15/09/2020	C1	100		Dr. Bensalem El Noury Bin Lemdani 19 Bd Inzaiat 34100 Montpellier

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HASSOUNI Abderrahmane Pharmacie 31 MZ ICE : 002199352 IF: 336220097-R Tél: 05 22 21 06 87	2000002 Date: 422095 A 10/09/20	189100

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
	15/09/2020			6		600

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS

H		G		DATE DU DEVIS
25533412	21433552	00000000	00000000	
00000000	35533411	11433553		
00000000		00000000		

H		G		DATE DE L'EXECUTION
[Creation, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Bényahklef Noureddine

Omnipraticien

Diplome d'échographie Générale

Diplome d'expertise médicale

Diplome de Sénologie

Electrocardiogramme

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور بنيخلف نور الدين

الطب العام

"صدى"

طبية

شدي

37,00

الفحص الإلكتروني للقلب

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

Casablanca, le: 10/09/2021

37,00

37,00

N. El aafi Zohra

y Atenor 1a n° 1  
19/11

37,00 x(3)



y Dolepres 500  
19/11

10,30

LOT 035979  
UT AV 11 22  
PPV 51.00 DH

y colbra 120/11  
51,00

10,30  
PPV 105 H 30  
PER 03 / 23  
LOT J 984

= 197,00



Dr. BENYAKLEF Noureddine  
19 Bd Inzagane Bin Lamdoune  
Casablanca 10000  
Tél : 05 22 50 56 15 / Gsm : 06 10 14 13 02

19 شارع انزكان بين المدن (فوق مقهى عبد المؤمن) - الدار البيضاء  
19 , Bd Inzagane , Binelamdoune ( au dessus du café Abdelmoumen ) casablanca

Tél : 05 22 50 56 15 / Gsm : 06 10 14 13 02