

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

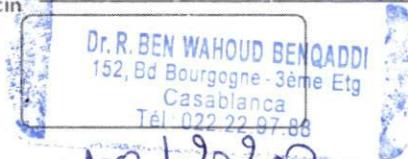
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

N° W19-443247

51496

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5183	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SHAMI Fatima			
Date de naissance : 01-01-1958			
Adresse : R. Sanaya, ANGLE Rue IBNOU KALAKIS, Bd. Bourgogne 130 CASA			
Tél. : 0605 904 320	Total des frais engagés : 551,700 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. R. BEN WAHOU BENQADDI 152, Bd Bourgogne - 3ème Etg Casablanca Tél. 022 22 97 88			
Date de consultation : 08/10/2020			
Nom et prénom du malade : Age: .....			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection maladie pulmonaire</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>15 DEC 2020</u>			
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			
Signature de l'adhérent(e) : <u>ACCUEIL</u>			

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/10/2020	C	-	15000	INP : 1091029628 Dr. R BEN WAROUD BENQADDI 152 Bourgogne - 3ème Etage

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. D'AOUAL 100, B 14 El Maknassi Douzgane BLANCA TEL: 022-27.22.31	08/10/20	401,70

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachida Bengadi Benwahoud

الدكتورة بنوحود بنقدي رشيدة

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté Mohammed V

Medecine du Travail

D.U en diététique à la Faculté  
de Medecine de Montpellier

الطب العام

خريجة كلية محمد الخامس بالرباط

طيبة الشغل

مختصة بالحمية و السمنة

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le 08/10/2025 الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Ms Shami  
Fatima

49,70

2) Zithromax 500



1 cp

91,50e

ZITHROMAX 500 MG

Boîte de 03 comprimés

Lot : 1273481

Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2021

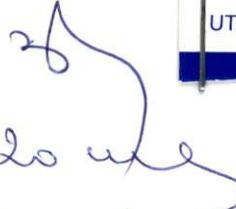
25,00

2) Drill bout set



42,00

2) Prednisolone



PPV (DH) :

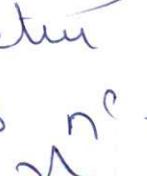
LOT N° :

UT. AV. :

20,00 x 3

3) 3 cp le meten pour

4) Fehes



LOT N° :

UT. AV. :

PPV :

42,00

91,50

5) 1 valuet n° = 3

1 valuet n° = 2

91,50



ش. الدار البيضاء Casablanca  
الهاتف : 022.22.97.88

152, Bd de Bourgogne, 3ème étage  
Bourgogne 1000 Casablanca  
TÉL A 022.27.22.31

60) 6 ménal  
92,80 1 cp le mat au co 92,80

70) Griseo 5%  
10,70 1 A pof le mat

~~401,70~~

