

## 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° W19-505337

CP

MS = 21597

<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 :	11460	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : KANBOU NABIL			
Date de naissance : 12-03-75			
Adresse : 58 Rue 3, lot YOUSRA, OULFA, CASA			
Tél. : 0661.052.135		Total des frais engagés : 14000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     Dr. BENSIMAI                      Médecin Généraliste - Allié                      Rés. Riad Garden, Immeuble 2, Boulevard Mohammed V                      Casablanca - Tél : 05 22 65 20 13                 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 14/02/2020			
Nom et prénom du malade : Amine HASSAN Age : 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dermatose			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/02/2020



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
02/10/2020	Constitutif	Gratuit	

**Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes**

INP : ODU 1976 73  
DT. BENELITANE Hajar  
Nécessaire à l'écriture - Allergologue  
Boulevard Hassan II - Bd. Layouni  
Tél : 05 22 64 20 13  
ANCES - Agence

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMAZIA AL QUODDUS</b> Dr. Mme DINAR AZIZ etissement Youssta, Lot 115, 70000 CASABLANCA	<b>21/4/02</b>	<b>330,00</b>

Tel: 05 22 93 26,75

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

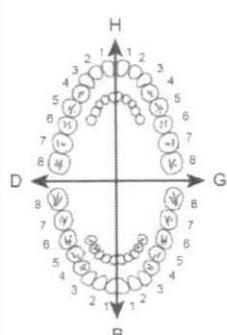
### Important :

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>   <b>MONTANTS DES SOINS</b>   <b>DATE DU DEVIS</b>   <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# الدكتورة هاجر بنسليمان - Dr. Hajar BENSIMMANE

Médecin Généraliste - Allergologue

Diplômée en Allergologie de la faculté de Montpellier

Diplômée en Diabétologie de la faculté de Rabat

Médecine Générale et Echographie

Prise en charge et suivi du Diabète

Asthme, Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires, Eczéma, Urticaire

Tests cutanés, EFR, Désensibilisation spécifique



الطب العام و الفحص بالصدى

داء السكري

داء الربو، حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية والدوائية، كزيمة

Casablanca, le : 11/02/2021

Mme Amine Hasnaa.

(110,00 x 3)

- Doxymycine 100 mg CP

1cp/1j

AS

Traitement de 03 mois

330,00

PHARMACIE AL QODDOUS

Dr. Mme DINAR Aziza

Lotissement Youssra, Lot 115,

Zoubir - CASABLANCA

Tél: 05 22 02 26 75

DOXYMYCINE 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00

EXP 02/2021  
LOT 80027 3

Dr. BENSIMMANE Hajar  
Médecin Généraliste - Allergologue  
Rés. : 05 22 69 20 13  
Car. : 05 22 69 20 13

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 09/2020  
LOT 88028 3

DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 02/2021  
LOT 80027 3

ن 2, Apt 7, bd Laymoun, lot Youssra, Zouli, شقة 7، شارع الليمون، تجزئة يسرى، الزبير، الالق، الدار البيضاء

Tél: 05 22 69 20 13