

# 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>24524</b>		
Matricule : <b>09581</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <b>HACHI MI - Fatiha</b>		
Date de naissance : <b>06.06.53</b>		
Adresse : <b>PT des Hopitaux 15 les Pléades TMM IMPRANTE M 05 Avril 15</b>		
Tél. : <b>0661171825</b>	Total des frais engagés : <b>3000 DH</b>	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : <b>18/02/2020</b>		
Nom et prénom du malade : <b>HACHI MI FATIMA</b> Age: <b>67</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Thyroïdite</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer <b>MAROC</b> renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **11 Mars 2020 à CRÉA** Le : **/ /**

Signature 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
12/02/2010	... séances de sclérothérapie des varices		2000 dh	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DR. SELMIER DR. ZEID 12-02-2010 CASABLANCA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DÉBUT D'EXÉCUTION	FIN D'EXÉCUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXÉCUTION	
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b> <b>G</b>						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

**Dr SELMA BENMOUSSA**

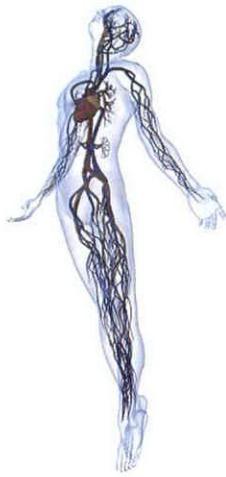
**Angiologue - Phlébologue**

**Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques**

**Explorations Vasculaires par EchoDoppler**

**Traitements des Varices par Sclérothérapie**

Diplômée en Angiologie  
de la Faculté de médecine de Caen (France)



**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإيكوودبلر والصدى الملون

علاج الدوالي بالتحليل والحقن

خريجة كلية الطب بكاين - فرنسا

Numéro ICE : 001922463000042

Madame HACHIMI FATIMA

Casa, le 18/ 02 /2020

**FACTURE**

Désignation	NOMBRE DES SEANCES	MONTANT
Séances de Sclérothérapie des varices des membres inférieurs	02 séances	2000 dirhams

Arrêtée la présent facture à la somme de :

**deux milles dirhams (2000,00)**

**DR.S.BENMOUSSA**

Dr. SELMA BENMOUSSA  
EXPERTISE EN ANGIOLOGIE  
N° 22 Bd YACOUB EL MANSOUR  
CASABLANCA  
TÉL: 05 22 23 58 83 N° 22  
E-mail: drbenmoussa.angio@gmail.com

**22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca.**

**Tél : 05 22 23 58 83 - E-mail: drbenmoussa.angio@gmail.com**