

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-488727

59745

<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 :	13141	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ADLANE ILYAS			
Date de naissance : 01/01/1979			
Adresse : 151, Rue Ahmed eljoumari Oss			
Tél. :	0669187476	Total des frais engagés : 1025,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21/12/2020			
Nom et prénom du malade : Djedane Fikail Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Mousting			
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 : 03/02/2021

VOLET ADHÉRENT

## **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
21.	G	S	2500	INP : <i>BENYOUNES</i>
12.				<i>Canada BENEYOUNES EP LA MELA</i>
24.				<i>Fédérale</i> <i>Allergologie - Asthme</i> <i>Centre de la Pensée Rés. Atrial</i> <i>Casablanca</i> <i>BP 46 427</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme METTANI AMAL Docteur Mohannadi Khalid 2 Rue Sanhaj Sétif Tel. 05 22 63 07 23	21.12. 20	775,00

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	B <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

**Docteur Sanâa**  
**BENKIRANE Ep. HAMZA**  
Ex. Résidente à l'Hôpital  
Ibn Rochd - Casa  
PEDIATRE  
Allergologie - Asthme



**الدكتورة ابن كيران سناء**  
**زوجة حمزة**  
**مقيمة سابقاً بمستشفى**  
**ابن رشد بالدار البيضاء**  
**اختصاصية في طب الأطفال**  
**الحساسية - الصبيحة**

Casablanca, le 21/12/20 الدار البيضاء, في

الدواء والرسوم

\_\_\_\_\_

دواء  
411,00



Sarrofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2

AIG SP

P.P.V: 411,00 DH

Barcode: 390280 118001 9

N°3 Ce 23/12/2020  
Hôpital Ibn Rochd Casablanca  
Dokter en Pharmaciemiddel  
N°M 22/22/2020  
PHARMACEUTICALS

**VARIVAX®**  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidose (0.5ml après reconstitution) Boîte unitaire  
P.P.V: 364,00 DH  
N°AMM 789/16 DMP 1/21/NF  
Distribué par MSD Maroc

Barcode: 6 118001 160686

دواء  
364,00  
775,00



Sanâa BENKIRANE Ep. HAMZA  
PEDIATRE - Allergologie - Asthme  
Allergologie - Asthme - Ras Anfal  
235, Bd Yacoub El Mansour - 20222 - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 56 11 - GSM: 06 64 46 42 76

### Consultation à Domicile

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3<sup>ème</sup> étage. appt. n°7  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - GSM: 06 64 46 42 76