

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## adiologie 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.

## ptique :

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

## ééducation :

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.

N° P19- 065680

60404

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4158 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HALILI Amina

Date de naissance : 15/06/1956

Adresse : Halhuelle

Tél. : 0522947915 Total des frais engagés : 15022224 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur HMAMOUCHE  
MEDECINE GENERALE  
EXPERT ASSERMENTEE  
1Bis, Rue Madrid, App. 2 Quartier  
Océan 73 30 51  
GSM : 0675 28 80 25  
I.F.U 33700390

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 JAN 2021

Nom et prénom du malade : EL HALILI Amina Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

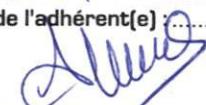
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15.02.2021



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25 JAN 2021     | C                 | 15000                 | 1010755                         | DOCTEUR HANNOUCHE GENEVREY DECILASSER Quartier 28 av 15 33000  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| TAOUFIK BENKABBOU<br>Imm. 1. SETTA 130 EL ASSED<br>KAROURA - TEHARA<br>98 34-Fix-05 37<br>11/2021 | 25/01/2021 | 224.00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| <b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b> | <b>Date</b> | <b>Désignation des Coefficients</b> | <b>Montant des Honoraires</b> |
|--|-------------|-------------------------------------|-------------------------------|
|  |             |                                     |                               |
|  |             |                                     |                               |
|  |             |                                     |                               |
|  |             |                                     |                               |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

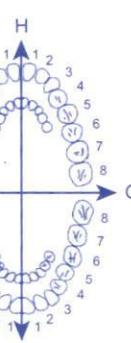
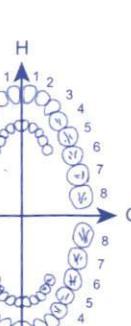
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 d

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|-------------------------|
|       |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
| ODF PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|      | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | ----- |  |  | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H  | 25533412         | 21433552    |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | D  | 00000000         | 00000000    |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | -----  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | B  | 00000000         | 00000000    |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | G  | 35533411         | 11433553    |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |   |          |          |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Expert Assermenté auprès des Tribunaux  
 D.U en Prévention et Dépistage  
 en Gynécologie (Montpellier)  
 D.U de Stérilité - Fertilité  
 D.U de Colposcopie  
 D.U en Sénologie, (Grenoble)  
 D.U d'Echographie (Montpellier)  
 D.U en Diététique (Montpellier)  
 D.U de Diabétologie (Montpellier)



الدكتورة أمينة احماموش

ح. لعلو

الطب العام

خبيرة ملحة مقبولة لدى المحاكم  
 دج. في الوقاية والكشف عن الأمراض التالفة  
 وأمراض النساء (متبولي)

دج. العقم - الخصوبة

دج. التنظير المهبلي

دج. في أمراض الثدي (كرنوبيل)

دج. لداء السكري (متبولي)

دج. في الكشف بالأمواج الصوتية (متبولي)

دج. في التغذية (متبولي)

Rabat, le : 25 JAN 2021

Mme FELDENE AMINA

36,00

X - Felden  
gel

Rmt 20

My 1/3

PHARMACIE SID EL ABED  
 Dr. Taoufik BENKABOU  
 Mag. 2, Imm 1, 9277 TAT SID EL ABED  
 Tel: 0681 08 98 34 - 05 37 62 35 38

188,00

X - Piroxicame 200

My 1/3

I felde 1/1

- Ketum gel

2/1

- Regal 10  
felle

Docteur HMAOUCHE AMINA  
 MEDECINE GENERALE  
 EXPERT ASSEMENTEE  
 TBS, Rue Madrid, 2051  
 GSM: 675 18 80 25  
 Océan 133 229200

1 Bis, Rue de Madrid, App. N°2 Quartier Océan  
 Rabat - Tél. C.: 05 37 73 80 51 - D. : 06 75 28 80 25

1 مکور، زنقة مدريد شقة رقم 2 هي اخريط - الرباط

الهاتف : 05 37 73 80 51 - 06 75 28 80 25