

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Réclamations 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.

## Biologie 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.

Nº M21- 0006217  
*(63892)*

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1101*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Abdelhalim BENZIANE*

*Benziane*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06.13.47.53.79* Total des frais engagés :

*1 MARS 2021* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Abdelhalim BENZIANE  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Taha Houcine (ex rue gallié)  
Tél. 0522 20.70.91/05.61.41*

Date de consultation : *11 MAR 2021*

Nom et prénom du malade : *ABDELHALIM NASIRI BENZIANE* 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

*Le : 14/03/2021*

## 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
11 MAR 2021	Syg		200	<p><i>Docteur Abdelhamid M. A.</i>  <i>Neuro-Psychiatre</i>  <i>75, Rue Taha Hocine (ex.rue galilé 3)</i>  <i>Tél. 0322 2770.91/29.61.41</i></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie</i> <i>Pièce A 524</i> <i>N°2 Alg. Louhans</i> <i>04/2021</i>	11/03/21	104,10

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

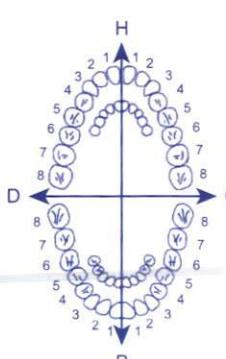
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

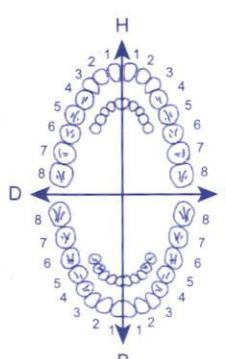
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdelhalim OTARID**

الدكتور عبد الحليم عطارة

**NEURO-PSYCHIATRE**

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

## أخصائى في الأمراض النفسية والعصبية

خبر خریج

## جامعة رونی دیکارت (باریس)

Casablanca, le

11 MAR 2021

الدار البيضاء، في

BONZI AVE NA SORAKAH Beshia

1) Species 10

$$34.70 \times 3 = 104.10$$

2) Запись

196

*MS*

N°2. M. L. G. S. B. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

PHARMACEUTICALS  
CASA HILLS  
MUNICIPALITY OF  
TIBURÓN, BAJA CALIFORNIA,  
MEXICO.

31

PPV:34DH70  
PER:01-24  
LOT:K107

PPV:34DH7  
PER:11-23  
LOT: J3301

PPV:34DH70  
PER:11-23  
LOT:J3301

**Docteur Abdelhalim OTARID**  
**Neuro-Psychiatre**  
75, Rue Taha Hocine (ex.rue galilé 3)  
P. 0322 20.76.91.20.61.41

Treatment post 3mo

104.10



valable 3 mois

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Doktor Abdellahim Mtarid

Neuro-Psychiatre

75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilé) 61.41

Certifie que Mlle, Mme, M. : BEN-ZIRAHNE MASRALLAH Badia

Présente *des symptômes cardiaques*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*de 6 mois qui peut être de longue durée.*

Dont ci-joint ordonnance : *Spécial et Régu*

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohamed Fakher, 6ème Etage, Casablanca

Docteur Abdellahim Mtarid  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilé) 61.41