

## 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° W19-578597

64458

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	08666	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TABICH ABDERRAHIM			
Date de naissance : 11/10/1971			
Adresse : 4 LT OULFA EXTENSION ETG 2			
APPT 12 OULFA			
Tél. :	0673722601	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
DR ETTABOUTI Noureddine Pédiatre Pneumo Allergologue N°5, Rue 91, G-B Bd Oued Beht, Oulfa Tél: 05 22 89 22 89 - Casablanca INPE: 091062463			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12-02-2021			
Nom et prénom du malade : TABICHE Ramia			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Flente allergique			
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

Le : 22/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**  
24 MARS 2021  
ACCUEIL

## 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
12/02/2021	C2		200 DH	 <b>Dr. ETTABOUTI Noureddine</b> Pédiatre Pneumo Allergologue N°24 Rue 93, G.P.B. Boul. Oulfa Tel.: 05 22 89 22 89 - Casablanca 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Chapitre du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur en Pharmacie ANNADIA BENKOR ssilium W3 GH 4 El 93 28 13 - Fax:	12-02-21	262,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
31/03/2012			

## 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"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <input type="text"/>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

**Docteur Noureddine ETTABOUTI  
PEDIATRE**

Spécialiste des Maladies des Enfants  
Nouveaux-Nés, Nourrissons & Adolescents  
Spécialiste en Pneumo Allergologie  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Marseille - FRANCE  
Oulfa - N° 5, Rue 91, Groupe B  
(Bd.Oued Baht) - Casablanca - Tél. : 05 22 89.22.89

**الدكتور نور الدين التبوتي**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع والراهبة

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

خريج كلية الطب بمارسيليا (فرنسا)

الألفة - رقم 5 زنقة 91، مجموعة ب، (شارع واد بهت)

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.89.22.89

Casablanca, le :

12.02.2021

الدار البيضاء، في

N° du Lot : K173  
Date Per. : 2023  
P.P.V: 119,10 DH

LOT 201468 1

EXP 06 2024

PPV 90,50 90 50

119.10  
PHARMACIE ANNASK  
HIND BENKOR  
Docteur en Pharmacie  
Assalam K5/GH 4 El Guifa  
Tél. 05 22 89 28 17 Fax 05 22 89 28 17

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal 140g  
P.P.V : 53,00 DH

4118001 180745

262,60

Dr. ETTABOUTI Noureddine  
Pédiatre Pneumo Allergologue  
N° 5, Rue 91, G.B.Ba Oued Baht, Oulfa  
Tél.: 05 22 89 22 89 - Casablanca  
INPE : 091062463