

# 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.

Maladie

Dentaire

68793

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6136 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL NORJANI LAÏLA

Date de naissance : 05/08/1963

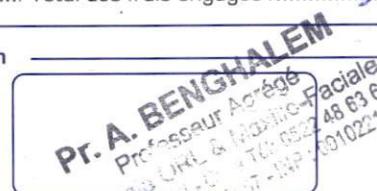
Adresse : 12 Rue Ain Aouda El Aïn DAK SALAH II

Apt N° 101 Résidence casablanca

Tél. : 0661069518 Total des frais engagés : 165,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL NORJANI LAÏLA

Lien de parenté :  Membre  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : Le : 14/10/2019

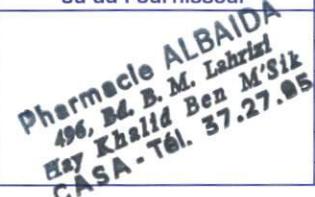
Signature de l'adhérent(e) :



### 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
14/04/2021	C3			 <b>Pr. A. BENCHALEM</b> Professeur Agrégé Chirurgien Dentiste & Maxillo-Faciale 58, Bd. Rachidi, CS 16002 Casablanca 20021 Tél: 00222 48 63 65 ICE: 00171102400

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALBAIDA 496, Bd. B. M. Lahriz Bay Khalid Ben M'sik CASA - Tel. 37.27.95	14-4-2021	165,40 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DÉBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

**O.D.F**  
PROTHÉSES DENTAIRES

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

**[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**



NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTHALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
**IMPLANTATION COCHLEAIRE**  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le : 14/4/2021.

Y = el Darijan, Latac.

87.00

- BioVanic Sung 4

1975-76

58,40

- effigies 2004

3 pte Justin 245

20.00

- Parallel extra g

Aug 23, 1968

165. ho

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 /43- 05 22 29 48 36/37  
Fax : 05 22 22 03 57 -Email : rachidi@cliniquerachidi.com



[www.cliniquerachidi.com](http://www.cliniquerachidi.com)

- جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
- جراحة الأذن والأنف والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق
- جراحة أمراض العيون
- الإنعاش الطبي والجراحي
- جهاز الليزر
- جهاز السكانير الجسماني الكلي
- زرع فوهة الأذن
- التخسيص والتحليلات

LOT : 0319  
PER : FEV 2023  
PPV : 20 DH 00

كمساسين  
LOT: M0450  
PER: 12/2022  
PPU: 87,000H  
حيوي

SK

SV

Pharmacie ALBAIDA  
496, Bd. B. M. Lahrizi  
May Khalid Ben M'Sik  
CASA - Tel. 37.27.95

43، شارع الراشدي - الدار البيضاء  
ص.و.ض. ج: 1037680 - رقم العريض: 01020458 - س.ت: 74087 - التأهيل: 35504150  
الهاتف: 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 22 12 96  
الfax: 05 22 22 03 57

A handwritten signature of "Prof. A. BEN-CHALEM" is written over a printed stamp. The stamp contains the following text:

Pr. A. BEN-CHALEM  
Prof. Dr. med. sci. med. et  
Chirurgie ORL  
58, Bd. Rachidi - 10071132  
Tél. 0221032111  
Fax 0221032112  
E-mail: [benchalem@wanadoo.fr](mailto:benchalem@wanadoo.fr)  
Site: [www.benchalem.com](http://www.benchalem.com)  
Secteur: Chirurgie ORL et Chirurgie Plastique et Reconstructrice  
Spécialité: Chirurgie ORL et Chirurgie Plastique et Reconstructrice  
Date: 18/03/65  
Signature: A. BEN-CHALEM  
Signature: A. BEN-CHALEM  
Signature: A. BEN-CHALEM