

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## 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.

## 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.

## Education :

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 canalaire, 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 traitements canalaire.

## 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

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.

**RAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1700

Société : RAN

35980

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJERA HASSAN

Date de naissance : 20-06-1956

Adresse : 64 HAJ FATH S OULFA CASA

Tél. : 0664162105 Total des frais engagés : 606,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2021

Nom et prénom du malade : BENJERA HAFIDA Age : 63

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : O.R.L.

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) : [Signature]

Le : 16/06/2021

#### **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
15.06.2011			25000	Dr. J. Kennedy - Imm. AN-NOU 1er Etage - SAFI Tél. 05 25 50 06

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15 06 2021	356,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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

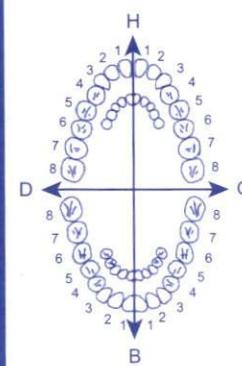
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
D 00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

**Dr. Ilham LALYA**

Spécialiste

Oto-rhino-Laryngologie  
Et Chirurgie Cervico-faciale,  
Chirurgie de la glande thyroïde



**الدكتورة إلهام لالية**

متخصصة في أمراض وجراحة

الأذن الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

جراحة الغدة الدرقية

15/06/2021

**BENJEMRA HAFIDA**

97,90 1)- cefico cp  
1cp x 2/j pdt 04jours

35,30 2)- brufen 400 cp  
1cp x 3/j pdt 05jours

119,10 3)- risonel spray nasal  
1pulverisation x2/j pdt 1mois

104,00 4)- cetiral cp  
1cp le soir pdt 1mois (52,00 x 2)

LOT 202810 2  
EXP 11 22  
PPV 97,90 DH

**CEFIKO**

35,30

N° du Lot  
20K349  
Date Per.  
11.2.2023  
P.P.V: 119,10 DH

500663K

LOT :

EXP :

PPV :

52,00

500663K

LOT :

EXP :

PPV :

52,00

14 Avenue Kennedy résid. Nour 2<sup>e</sup> ét. (à côté de l'hôtel Abda) , SAFI

Fix : 05 25 50 00 77 - Urgences : 06 59 53 85 18 / E-mail : ilhamlalya2010@gmail.com

carrie she ol. -  
kiwi