

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES RÉMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## Cessions 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.

## Pathologie 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.

## Prothésaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4975** Société : **12 AM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HACHIMY ABDALLAH**

Date de naissance : **08 03 1961**

Adresse : **JARDIN OUDI RABII G12 10 EG N°101 EL OULFA  
CASABLANCA**

Tél. : **06 87 62 6883** Total des frais engagés : **516,90 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. laila BENNOUFTA**  
Médecine Gén. Echographie  
Nutrition  
7, RD<sup>e</sup> Rue 11 Mai, Thami Magola  
Casablanca - Tél. 05 22 97 00 12

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/06/2021**

Nom et prénom du malade : **Hachimy Damer**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

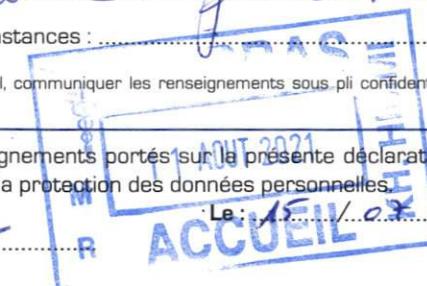
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CASABLANCA**

Le : **15/06/2021**

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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
17/06/21	C		200	Dr. faille Médecine 7, RDC Casablanca 33229328 Dr. faille Médecine
17/06/21 CT R			GRS	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE N° 33229328	17/06/21	316,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

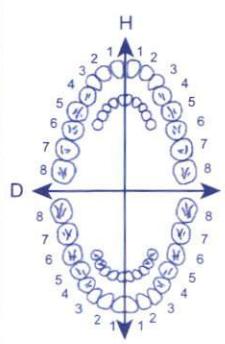
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

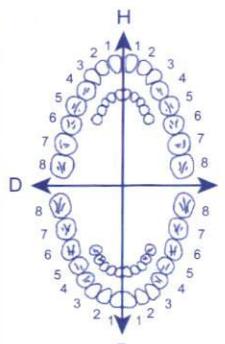
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[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

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليل نة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بالات متخصصة

Casablanca le : ٥١/٠٧/٢١ بدار البيضاء في :

٤٥,٩-

Zinabka

Hadiimy  
S.V.

٩٤,-

Typh

Tariam

S.V.

٤٩,٦

٤٢,٦

Cure F

matik

S.V.

PHARMACIE N.A.S.R.  
Dr. Rachid N.A.S.R.  
Ilsie ٣٥٢ City N.A.S.R.  
Hay Hassani ٣٥٣ Casabla  
Tel: ٠٢٢ ٨٣ ٢٨٢٧

amp

15

2 mrs

mo

١٠٣ mais

Raniphen ١٠

١٠

S.V.

amp

198

Dr. Laila  
Médecine  
Générale

7, Rue  
Casablanca

BENNOUNA  
Echographic

7, Rue  
Casablanca

الطريق السفلي، زنقة ١١، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : ٠٥٢٢.٩٣.٣١.٧٢

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tel.: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053