

## 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 | adhession@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° W21-661968

93636

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>12074</b>	Société : <b>R.A.M</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Rhadia DOURRHAM</b>		
Date de naissance : <b>10.01.1978</b>		
Adresse : <b>Natir II, casa Vieira, villa 90 casa</b>		
Tél. : <b>0673538691</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
<b>Dr. Rachida BEN SIDI</b> Hépato-Gastro-Entérologie-Proctologie Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. 130 2ème Etage Oulfa Casablanca Tél: 05 22 60 05 22/06 61 51 22 34		
Date de consultation : <b>28/10/2021</b>		
Nom et prénom du malade : <b>DOURRHAM Rhadja</b> Age: .....		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Ensemble digestive</b>		
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** Signature de l'adhérent(e) : **DOURRHAM** Le : **01/11/2021**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèque et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
29/10/2011 (L5)			300 DH	 Dr Abdellatif Ben Youssef Umrabib Res. Al Firdaus Imm. L 30 2ème Flage Oulifa Casablanca Tel: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR OTHEMNE BENNDUNA CASAVIELE	17/10/2012	253

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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

#### **Important :**

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

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"/> 1
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	B <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Rachida BENSCRI**

**الدكتورة رشيدة بن سكري**

Hépato - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة البواسير  
وأمراض المخرج



68,60<sup>x3</sup>

Personnel ✓

11x = 311

Casablanca, le : 28/11/2024

14,50 —

Heftmann + Padiet ✓  
1x 14,50

37,00 —

Dental ✓

257,3 —

Alfresa ✓

37,00

DUOXOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

Centre Commercial Casablanca  
Dr. Othmane BENNOUNA  
P.H.A R.M.A.C. Casablanca  
Centre Commercial Casablanca  
Jannat El Bahr Casablanca  
Casablanca Nassef Mag  
Centre Commercial Casablanca  
Boulevard Hassan II Casablanca



Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus, Immeuble 30 - 2ème Étage - Oulfa  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34