

## 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° W21-670421

To MSA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8218	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HMANI SAID
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 03-10-1868			
Adresse : Hay Essalam Hay Chams Rue N°3 Madison EU			
Tél. : 0661235004	Total des frais engagés : Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 16/02/21			
Nom et prénom du malade : Hmami Hamza			
Lien de parenté : Etre-mère			
Nature de la maladie : Affection respiratoire			
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) :

Le : 10/02/2022



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
<i>21/01/2010</i>	<i>Actes</i>	<i>1</i>	<i>INP : 21433552</i>
<i>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</i>			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie S. G. 21433552</i>	<i>28/1/2010</i>	<i>215.70</i>

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>BSA</i>			

Cachet et signature du Particulier	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 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																										
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000					D	00000000	G	00000000					35533411		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	G	21433552																								
D	00000000	B	00000000																								
D	00000000	G	00000000																								
35533411		11433553																									
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
			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																											

# Dr. LAAREJ Hanane

Professeur Assistant en  
Pneumologie, Allergologie

Adultes et Enfants

Sevrage tabagique

Ronflement et apnées du sommeil

Examen du souffle, Echographie

Branchoscopie, Tests d'allergies



## الدكتورة لعرج حنان

أستاذة مساعدة في أمراض  
الجهاز التنفسية والحساسية  
صفار و كبار

الإقلاع عن التدخين  
الشخير و توقف التنفس أثناء النوم  
اختبارات التنفس و الفحص بالصدري  
الفحص بالمنظار، اختبارات الحساسية

الدار البيضاء في:

Casablanca le

11/2021

Hanane Hmani

79.70 x 2

= Zidhronax 1500 :

56.30 1 eplj / 6.

- D-Cure forte :

215.70 1 ap/sem 11 ej

Pharmacie SOPHIA

214, Boulevard Abderrahmane Sidi  
Casablanca - Tel.: 0522 360 000

- Vst C 1000

1 2 2 2 P.P.V.  
79 70

1 2 2 2 P.P.V.  
79 70

56,30 DH  
T: 20014/B  
D: 04/2022

6 118001 320080

119. شارع عبد المؤمن تقاطع سوميّة أتم، بجهة الطراوی، المبارك السادس، رقم 41. الدار البيضاء  
119, Bd Abdelmoumen, Devant la station de Tramway, 6ème étage, N° 41  
Tel.: 0522 22 02 03 / E-mail : hanane\_laarej@hotmail.com