

# 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 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 traitement 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-681174

par courrier  
3  
Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ABDELHOUANI Rachida

Date de naissance :

06/03/1956

Adresse :

N°3 Rue Chouraib Hay Almoustakib Ousda

Tél. : 0666 78 86 34

Total des frais engagés : 300.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR RHAZI BENYOUNES**  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
CLINIQUE ACHKAR

6 Rue Saâd Zaghloul - OUJDA

Tél: 05 36 68 26 63

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Radi'sc N3061 mom 87

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : Oujda

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/02/2022

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|---|
| 11/20/22        | Ca                | 6                     | 08.11.20.140<br>EN DRAÏA 300<br>GYNECOLOGIE - ACCOUCHEUR<br>CLINIQUE ACHARAF<br>6 Rue Saad Zaghloul - OUJDA | 08.11.20.140<br>EN DRAÏA 300<br>GYNECOLOGIE - ACCOUCHEUR<br>CLINIQUE ACHARAF<br>6 Rue Saad Zaghloul - OUJDA |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES  |      |  |   |
|---|------|--|---|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date | Désignation du Coefficient             | Montant des Honoraires  |
| <b>DR RHAZI BENYOUNES</b><br><b>GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR</b><br><b>CLINIQUE ACHARK</b><br><b>6 Rue Saâd Zaghloul - OUJDA</b><br><b>Tél: 05 36 68 26 63.</b> |      | <b>ECHOGRAPHIE PELVIENNE</b><br>200 52 | <b>DR RHAZI BENYOUNES</b><br><b>GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR</b><br><b>CLINIQUE ACHARK</b><br><b>6 Rue Saâd Zaghloul - OUJDA</b><br><b>Tél: 05 36 68 26 63.</b> |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | AM     | PC | IM | PV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

## 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"/>                          |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|--|---|------------------|-------------|---|---|---|----------|----------|----------|----------|--------------------------|--|----------|----------|----------|--|----------|--|---|---|
|  |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |   | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <input type="checkbox"/> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 |  | B | G |
| H  | G   |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| 25533412                                   | 21433552  |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| 00000000                                   | 00000000  |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| <input type="checkbox"/>                   |   |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| 00000000                                   | 00000000  |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| 35533411                                   |   |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| 11433553                                   |   |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
| B  | G   |                  |             |   |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |
|  |   |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |   |   |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |  |          |  |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR BENYOUNÈS RHAZI

GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR

DIPLOME DE PARIS

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

STERILITE - ECHOGRAPHIE

CŒLIO-CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE

ASSISTANT DE L'UNIVERSITE DE PARIS V

ANCIEN FF. DE CHEF DE CLINIQUE CHU

COCHIN - PORT ROYAL - PARIS

الدكتور بن يونس الغازي

اختصاصي في أمراض الولادة

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

جراحة النساء

الجراحة بالمنظار

العمق - الفحص بالصدى

مساعد سابق بكلية الطب بباريس

Oujda, le ..... 10 JAN. 2022 وحدة، في :

M:..... Abdellah Mounni R. cl. 5

Reçu :

La somme de : =300dh=trois cent dirhams.

Pour une ECHOGRAPHIE PELVIENNE

CLINIQUE ACHARK (Ex. Clinique Montagne)

Dr RHIZI BENYOUNÈS RHAZI  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
6 Rue Saâd ZAGHLOUL - OUJDA  
Tél: 05 36 68 26 63  
مصحة الشرق (مصحة موتان سلطان)

6, زنقة سعد زغلول - وحدة 6

الفاكس : 05 36 70 47 48 - الهاتف : Fax : 05 36 68 03 21