

## 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.

Nº W21-684126

106989

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 12297

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZERRARI Monhame

Date de naissance :

22/03/1983

Adresse :

RES BEVERLY HOUSE A19

Tél. :

0671461437

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/03/2012

Nom et prénom du malade :

ZERRARI SOUNDOS. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

otite.

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

Le : 07/03/2012

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
05.03.	20.22.	1/1	150,00	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>0004166/5000029 ICCE : 248 ESS C.R. ET MARCHÉ BEN SIMONE - Tél/fax : 06 23 30 00 00 TO Monde Benziméda ST74 - Palolone N° 3 ICCE : 0004166/5000029</p>	05/03/2022	0,017

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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 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				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			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

# Docteur Fatima BOUZZITE

الدكتورة فاطمة بوزيت

PEDIATRE

Diplômée

Ancien Chef Service de Pédiatre

à l'hôpital Med V



طبيبة اختصاصية

في أمراض الطفل والرضيع

رئيسة قسم الأطفال بمستشفى

محمد الخامس سابقا



Mohammedia le : 05.03.2022

ZE 1212 A 24

S O U N D O U S  
219,40

110,20  
M O R O C C O      000

11 Reg A 21, A + 24. 24. 24.

32,00  
Bébés en cette



120 ghee 15 a 7 jee  
34,00  
Prestation service

24,40  
110  
P. v. bébés en cette

110 a 21, a 7 jee



زنقة آسفي إقامة إسماعيل، شقة رقم 17، الطابق الرابع - المحمدية

Rue de Safi, Résidence ISMAIL, Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia

05 23 28 28 47



fatimabouzzite@hotmail.fr

110 doléances rafis 600ug  
rafis rafis rafis rafis rafis

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML

P.P.V. : 119DH30



6 118001 080052

LOT : 6279

UT. AV : 01 - 24

P.P.V: 30 DH 00

AMM : 213 DMP/Z/II

Bétablène 0,05%, solution  
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

6

**pivalone® 1%** ☒

Suspension nasale



6 118000 250784

24140

LOT:

PER:

PPV:

11,70

LOT N° 340  
PER 31/12/24  
P.V. 11/04/70



Doliprane® 200 mg  
PARACETAMOL

10 SUPPOSITOIRES

6 118000 040309