

## 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° W19-438496

125235

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : **5578**

Société : **R.A.M**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **BOLIZARIF ZAHRA**

Date de naissance : **25/03/1962**

Adresse : **16 Rue ALLAL BEN ABDELLAH , APT 7**

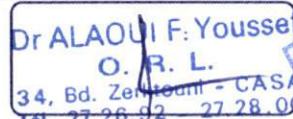
BP 6637 CASABLANCA

Tél. : **05663785193**

Total des frais engagés : **758,7 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10 MAI 2022**

Nom et prénom du malade : **BEN ZARIF ZAHRA**

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 : **11/05/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

#### **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
10 MAI 2022	1		300,00,-	INP : 0811306998 Dr ALAOUI F. Youssef O.R.L. 34, Bd. Zerkouni - CASA Tél. 27.26.92 - 27.28.00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Aut</i>	<u>10</u> <u>05</u> <u>2022</u>	<u>458,70</u>

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

Docteur ALAOUI

SPECIALITE  
Nez - Gorge - Oreilles

## CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

EXPERT ASSERMENTE PRES  
DES TRIBUNAUX

34, Bd Zerkouni (Angle Rue Agadir)  
**CASABLANCA**

Téléphone 05 22 27 26 92  
0522 27 28 00  
Sur Rendez-vous

PPV (DH) :

LOT N° :

UT AV.:

COOPER PHARMA

PPV: 32,60 DH

50 ml e 89 g

CN 172329.1

CE

0459



3 7 0 0 3 6 6 0 0 0 8 7 0  
LOT: 11393  
PER: 07/2024  
PPC: 89,90DH

SYNTHEMEDIC  
22 rue Elouej Benou el Aouani roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boite 14  
641750MP 21/NRQ PP.V:123,60 DH  
6 118001 020607  
casablanca le.....

10 MAI 2022

69.00

Biosavine 500



32.60

Duxel



20.00

Deli Sippe



89.90

Rhinstaya Protect



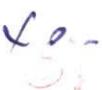
123.60

x2

2 pots nasal



Inexium



458,70 Dh le kif

SYNTHEMEDIC  
22 rue Elouej Benou el Aouani roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boite 14  
641750MP 21/NRQ PP.V:123,60 DH  
6 118001 020607

pharmacie du GAF  
Mme CHAOUI SAMIR  
Rue Al Oukba  
Casablanca - Tel 05 22 39 39 7

PPV:20DH00  
PER:02/25  
LOT:1.579

Dr ALAOUI F: Youssef

O. B. L.

34, Bd Zerkouni  
Tel. 27 26 92 -

LOT:M0644  
PER: 11/2023  
PPV:69,00DH