

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-705715

N° A-166



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9883

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN AMAR

YASSIR

Date de naissance :

28/07/73

Adresse :

RES FATIMA APT 9 RUE  
AHMED CHARCI CASA

Tél. :

0661168001

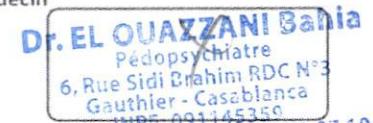
Total des frais engagés :

400

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



27/05/2022

Cachet du médecin :

Nom et prénom du malade :

Benamar lina

Age :

23 JUIN 2022

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angine

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.

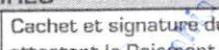
Fait à :

casa

Le : 27/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
27/05 2022			1000dh	INP : <span style="font-family: cursive;">TOUT SAUF BRAHIM RABHI</span> 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	25533412	21423552		
	00000000	00000000		
	D	G		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Bahia EL OUAZZANI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute

Bébés - Enfants- Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة بهية الوزاني

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال  
رضع - أطفال - مراهقين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Ordonnance

Le : 27/05/2022

Benamar lina

Note d'honoraire 3 000 dh

*D. EL OUAZZANI Bahia*  
 Pédopsychiatre  
 6, Rue Sidi Brahim RDC N°3  
 Casablanca  
 INPE: 091 145350  
 Tél: 0522 204 852 / 06 72 81 87 10



091145359

6, rue Sidi Brahim (reliant rue Taha Hocine et Najib Mahfoud Ex Place Olier) RDC n°3, Gauthier - Casablanca

Tel: 05 22 20 48 52 / 06 72 81 87 10 - E-mail : bahiaelouazzani@gmail.com