

# 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

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

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000122

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 03529		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND 21/6/22
Nom & Prénom : BENOUNA Khalid			
Date de naissance : 08/03/1952			
Adresse : 17 Rue Larbi Daghmani Franceville 2 Casablanca			
Tél. : 0661494461		Total des frais engagés : 350 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Khalid longue durée

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : HTA

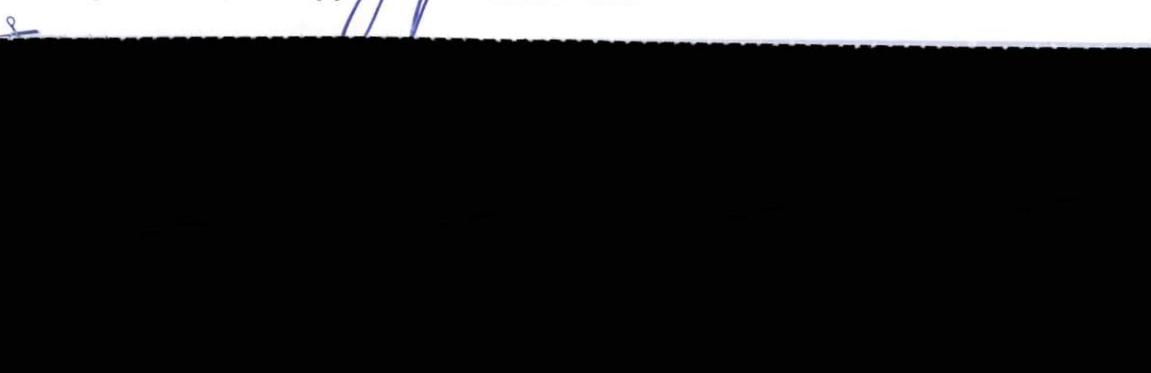
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 03/07/2022

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AL ABBASIA CASABLANCA 126, Rue Dom Pergaud Franceville Casablanca	05/07/22	350.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

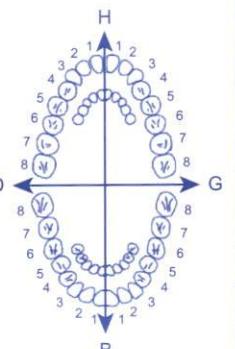
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

S	Nature des Soins	Cœfficient									
V13613/201	<p>* VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p>										
V13613/201	<p>* VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p>										
V13613/201	<p>* VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>										
PROT	<p>MINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p>			H	25533412   21433552	D	00000000   00000000	B	00000000   00000000	G	35533411   11433553
H	25533412   21433552										
D	00000000   00000000										
B	00000000   00000000										
G	35533411   11433553										
D	 <p>DATE DU DEVIS</p>										
B	<p>DATE DE L'EXECUTION</p>										
G	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>										
H	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>										

# Pharmacie AL ANDALOUSSIA - Casablanca

benani myriem

0522980693

126, rue dom pérignon, france ville 2, casablanca



Facture N° 20220705-579

Date de vente : 05/07/2022  
Médecin traitant :

Mr BENOUNA Khalid

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NEBILET CO 5MG B28 COMP	4	87,50	Exonéré (0.00%)	350,00

Total HT	350,00 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>350,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent cinquante DHS

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA  
CASABLANCA  
126, Rue Dom Pérignon Franceville 2  
Casablanca

RC : 298706 ICE : 001622045000091

Tel : 0522980693

Adresse : 126, rue dom pérignon, france ville 2, casablanca



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

الملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد . الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 10/12/2019

## ORDONNANCE

Docteur :

Attestation de maladie à

lyme amé.

Dr. El Ghali Mohamed BENOUNA  
Pr. Ass. en Cardiologie  
Cardiologue Interventionnel  
CHU Ibn Rochd

je souscris , certifie

que Mr Klenick ROENINK

est son père au HGA

qui nécessite une prise en

charge à moi

Dr. El Ghali Mohamed BENOUNA  
Pr. Ass. en Cardiologie  
Cardiologue Interventionnel  
CHU Ibn Rochd

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83