

# 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.

2263

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUAR MOHAMED

Date de naissance : 03/10/1969

Adresse : 72, qt MAZOLA, Rue 1, Id Ay Hassan, Casablanca

Tél. : 06 26 09 02 00

Total des frais engagés : 800 + 142 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. laïla BENNOUAR  
Médecine Gén. Gynéco-Obstétrique  
N° 10024  
7, Rue 1, Id Ay Hassan, Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2022

Nom et prénom du malade : Benouar Mohamed

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Labago

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 : 02/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

P.S.

1

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/99 01/02/02	C		200	Dr. lai Médecin
				7, RD 7 Rue 14 Mai Pham Ng Cast incia tél: 05 22 3

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE T. TIR Abdellah 56, Route Mly Thami Tel. 0522 90 11 11	25-22-	142.80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

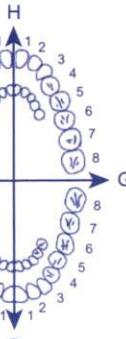
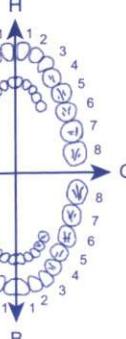
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
					Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
					DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
					FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
G																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
					DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليل بونوة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بالات متخصصة

Casablanca le :

02/06/22

الدار البيضاء في :

Bennouna  
Notarized

- Celbrex 200

- Reglip 100

- Vitamex 200

- Upp 37

MB70 + Rauciphex 20

142.50 Upp 37



PPV: 113 DH 70

Composition: Rabeprazole sodique (DCI) ..... 20 mg  
Excipients q.s.p. un comprimé .....  
Indications, Contre-indications, Posologie .....  
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants  
A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.

Dr. Laila Bennouna  
Médecine Gé. Echographie  
Nutrition  
7, Rue 11 M. Thami  
Casablanca - Tel.: 0524 22 50 00  
E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000055

PPV  
LOT  
PER

28,80

زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - T.

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000055