

## 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° W19-440205

123203

### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

### Optique

### Autres

Matricule : 04466

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RASSY ABDELAZIZ

Date de naissance : 1963

Adresse : LOT. HAMZA N° 113 SIDI MAAREUF

CASA

Tél. : 0668143380

Total des frais engagés : 309,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07/22

Nom et prénom du malade : RASSY SALAHEDDINE Age : 57 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Rhinitis allergique Enfant

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

Signature de l'adhérent(e) : RASSY

VOU ET ADHERENT

### 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
	Centrale			<i>C</i>
				INP : 016 129 025 0
				<i>Dr. MENNOUNI Med. Dr. Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale Tel: 06 18 81 66 66</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE IBN TAIT</i>	19/07/2022	309,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

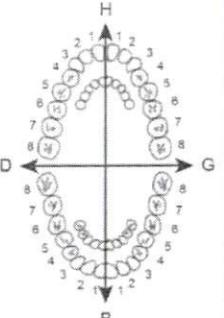
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	SOMMAIRE DES SOINS TRAITÉS	
	CÉRÉMONIE DE POURVOI	
COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DÉBUT D'EXÉCUTION		
FIN D'EXÉCUTION		
COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXÉCUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION		

**O.D.F**  
**PROTHÉSES DENTAIRES**  
**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25633412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	00000000	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Mennouni Mohamed Amine

- ▶ Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
  - ▶ Chirurgie Cervicale et de la Face
  - ▶ Traitement des Vertiges
  - ▶ Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
  - ▶ Traitement de l'Allergie et Ronflements



د. محمد أمين منوبي

- ◀ **أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة**
  - ◀ **جراحة الوجه والعنق**
  - ◀ **تشخيص و علاج الدوخة**
  - ◀ **إضطراب الشم والتذوق والسمع**
  - ◀ **علاج الحساسية والشيخوخة**

Casablanca, le 19 (07/22)

Schulte-ER 2889

LOT: GA10448  
PER 08/2023  
PPV 110 DH 00

Acknowledgments

Spw

next  
S.V  
pdt

$$\frac{80,10 \times 1}{X}$$

Xyzell 14

LOT 221039 2  
EXP 04 2026  
PPV 80 10

### 3 - Expression

309,16

Yokikia, شقة 6 إقامة السنة (أمام مسجد السنة) - الدار البيضاء  
548, Av 2Mars Angle Bd MOIMBO Keita, Anpt 6 Résidence Senna

Tél : 05 20 800 508 - 06 19 81 11 11

