

## 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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9355      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : DUALIAN      RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522912447      Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

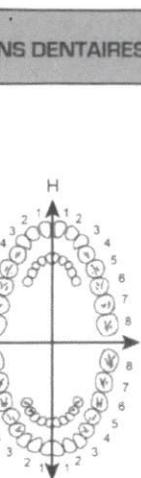
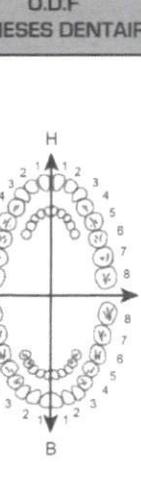
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

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
09 JUIN 2022			2800	INP : 09123052

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				<b>OD.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 																		
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

**Dr. Mohamed Ali BENNANI**  
**Cardiologue**

Spécialiste des maladies  
du cœur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter  
tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين  
CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES

09/06/2022

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

Nom : ..... Mme MAJD AICHA

110.000<sup>00</sup>

LYNFAVEN : 1 gélule le soir pendant 3 mois



Docteur Mohamed Ali E

PHARMACIE AHMED RAYAN

1er étage - Tél. 0522 59 59 00 - 0

Dr. Mohamed Ali BENNANI  
Spécialiste des Maladies du Coeur, de  
Vaisseaux et de l'hypertension artérielle  
1, Rue 4, Ahd El Jadid, et Bd. Reda Guedira  
1er Étage - Tél/Fax: 0522 59 59 00 - 0

PPC : 110,00 DH  
V001-ETLYNF30CPMCP

6 111250 430241

PPC : 110,00 DH  
V001-ETLYNF30CPMCP

6 111250 430241

PPC : 110,00 DH  
V001-ETLYNF30CPMCP

6 111250 430241

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le : **Jeudi 08 Septembre 2022** عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المقدر في :

1، زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
E-mail : bennanimedali@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Tél./Fax : 05 22 59 59 00 - الهاتف/الفاكس :