

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Matricule: 13234

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom: FA.TI.MI ZAHRA

Date de naissance: 7.11.1992

Adresse: Rue Jilali SL OUFIR RSS. DAWC5 DANLIS 3

Appt: A.44 TARIF EXTEEN

Tél.: 0675360967 Dr Rachida BENSC. Total des frais engagés: 3.04.862,20 Dhs

Hépatic-Gastro-enterologie-Proctologie

Dr. Rabih Rès Al Hirdaous Imm L30

2ème Etage Oufita - Casablanca

05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin:

Date de consultation: 06.10.6.1.2022

Nom et prénom du malade: FA.TI.MI ZAHRA

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie:

Tendinite chyphite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances:

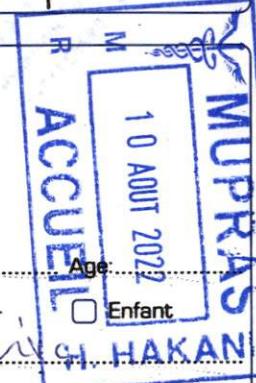
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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: Casab

Le: 30.10.2022

Signature de l'adhérent(e):



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.06.2022	862,80

#### **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 pr

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

**[Création, remont, adjonction]**

2024-05-15

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

DATE DE  
L'EXECUTION

#### T DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hépato - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكب، جراحة البواسير  
وأمراض المخرج

**Dr. Rachida BENSCRI**  
Hépato-Castro-enterologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabij Rés. Al Firdaus Imm L30  
3ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

**PHARMACIE LA BRISE**  
34, Rue Abou Abdes El Aït, Maârif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 90 710 - 05 22 90 702 - 06 18 19 41 07  
paralabrise@gmail.com  
La boutique PARALABRISE : 092277133

37,10

FAT. mi

peri dys mix

100 g = 21

1 kg = 180

100 g =  
Avil der ✓

1 kg = 200

2 x 158,60

pr le lisstlichen

1 kg = 200

99,50  
C nla x ave ✓

1 kg = 100

2 x 163,20

55172194  
Seri der CR 28/06/06-01

1 kg = 200

**Dr. Rachida BENSCRI**  
Hépato-Castro-enterologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabij Rés. Al Firdaus Imm L30  
3ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34