

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5573

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Seuhaj Nekha

Date de naissance : 20/8/61

Adresse : 22 Rue La Fontaine Des Sables Cexy

Tél. : 06.11.21.05.03.2

Total des frais engagés : 415,40 Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourroisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/22	415,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/07/22	C	G
	23/07/22	Complément PC	400 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
 Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
 Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
 Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
 Dr. Abderrahim ADIL

Ma  
Echograp  
Radiologie



ie Interventionnelle -  
 valeur - Ostéodensitométrie  
 achis Entier - Gonométrie  
 Scanner

KT083PC 07.2024

LOT

Le, 23/07/2022

M. Behni's Samir

PHARMACIE ROUDANI  
 Mme LEBRAR "jadele EP MAIKO"  
 26, Bd Brahim Roudani Vers N'ly Youssef  
 Tel. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 25 24

ULTRAVIST S.V. 300  
 151,00

DR. Abderrahim  
 CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
 ROUDANI - Maârif  
 400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - 05 22 23 50 68  
 Tel: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
 e-mail : roudani@hotmail.fr

100 92

Dr. Houria AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 23/07/2022

FACTURE N° :FA:00 6881/22  
Nom :BENNIS SAMIR

Arrêtée la présente Note d'honoraires à la somme de : 400 DH

QUATRE CENTS

Pour le(s) examen(s) suivant(s) :

COMPLEMENT SUR L EXAMEN SCANNER RENAL

Patente : 35 700 736 ICE : 001719187

ATTIJARI WAFA BANK /007780000357900000015342

IDENTIFIANT FISCAL : 01000601