

# 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 : 2005

Société : RATI (Rehatec)

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AGOUMI EL MOSTAFA

196990

Date de naissance : 07/09/1951

Adresse :

Habibie

Tél. : 06.66.96.22.76 Total des frais engagés : 15.490,10 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/08/2022

Nom et prénom du malade : Agoumi EL Mostafa Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie gastro - intestinale

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 : Carabacca

Le : 15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Amel

#### **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
15/08/92	CS		300,00 DHS	• E.D.Z. • Hépato-Gastro Entérologie et Complexe, Panorama 14, Avenue Bachir El Aouf, Casablanca - Tel: 0522 24 11 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE HAMZA ASABLANCA</b> 1079 - Tél: 0522 93 10 79 6 N° 3 Rue El fatih	25/08/22	190,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	G																
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépato-gastro-entérologie

et proctologie

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Lauréate de la faculté

de médecine - Casablanca

Ancienne médecin au CHU Ibn Rochd



## د. بنزالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد والشرج

المنظار الداخلي للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

## ORDONNANCE

Casablanca, le

15 / 08 / 22

M<sup>r</sup> El Posta fu Agoumi

1/ Amloco 20mg gp  
58,80

LOT : 7828  
UT. AV: 03 - 24  
P.P.V : 29 DH 00

29,00

1 cu<sup>2</sup>s x 3/jr avant repos

BENZZINE A  
Spécialiste en Hépato-gastro-entérologie et Proctologie  
Bd Abou Bakr El Kadiri - Casablanca - Tél: 0522 97 60 09

AMM N° : 569/17 C.M.P/21/NRQ  
LOT : 22042  
PER : 11/2024  
PPV : 52,80 DH

3/ Argos sirup

30,50

1 cu<sup>2</sup>s x 3/jr après repos et un couche

4/ Ibusfon 80mg gp  
33,00

1cp x 3/jr

STE PHARMACIE HANZA  
Café 17 LANCIA  
Lot. Hanzza - 21 Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 70 28

LOT : 7001  
UT. AV : 02 - 25  
P.P.V : 30DH50

LOT : M0766  
PER : 04/2025  
PPV : 33,00DH

مكتب بانوراما، شارع أبو بكر القادي، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدى معروف - الدار البيضاء  
Complexe Panorama Bd Abou Bakr El Kadiri GH 03 IMM 13 2<sup>ème</sup> étage Bureau N° 8  
Sidi Maarouf - Casablanca - Tél : 05 22 97 60 09 - E-mail : amina.benzzine@gmail.com

S/ Carbosylane gcp  
44,80

1 dose x 3/jr

190,10



STE PHARMACIE HAMZA  
C.C. EL ALIANA  
Lot. Hal  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28  
Rue 9 N°3 Lot. 64

Dr. BENZZ  
Spécialiste Gastro-Entérologie et  
Gynécologie  
Abou Saki  
1er étage, Bureau n°  
CH 03, Imme 12, 3ème étage, Bureau n°  
31 Maârouf, Casablanca - Tél: 05 25 55 32 22