

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº W21-727001

122002

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9405	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENZNAD OTHMANE			
Date de naissance : 22.01.1971			
Adresse : N°18 RES NADIA, QUARTIER EL WIAM EL OULFA CASA			
Tél. : 0661236383 Total des frais engagés : 400 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 13/08/2022	
Nom et prénom du malade : BENZNAD OTHMANE	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : polyarthrite	
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.

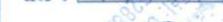
Fait à : CASA

Le : 29/08/2022

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
23/08/2019	Consultation	300 DHT		INP : 0911144394 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/07/2012	15000	15000

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte p

### Important

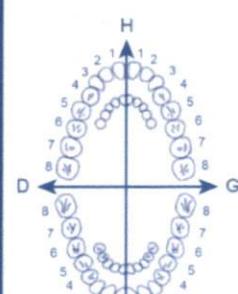
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU COEFFICIENT DE MASTICATOIR

	H
25533412	214335
00000000	000000
D	
00000000	000000
35533411	114335

#### **(Création, remont, adj)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

# Dr.Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique.  
Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse  
Adulte-Enfant

- Diplôme de la Faculté de médecine de casablanca
- Attestation de Formation spécialisée en hématologie clinique - Université de bordeaux - France
- Attestation de Formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France
- Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي أمراض الدم، السرطان

وزرع النخاع العصبي

كبار - أطفال

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكوين المتخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

شهادة التكوين المتخصص المعق في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم المترسبة

Agadir Le 13/08/22

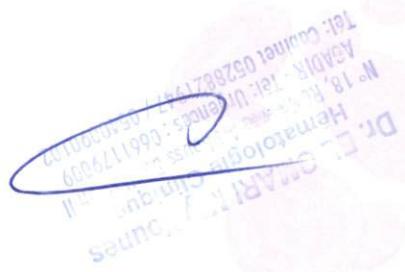
BENZNAD

OTMANE

Note d'honorance

Consultation

300DH



رقم 18، عمارة ايت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Aït Souss 5<sup>ème</sup> Étage - E-mail : dreломариyounes@yahoo.fr

Tél.d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079