

## 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.

N° W21-670973

129295

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) 12939

Matricule : 12939 Société : RAM

**Actif**       **Pensionné(e)**       **Autre :** EL HARIKI Nahla

Nom & Prénom : EL HARIKI Nahla

Date de naissance : 23/10/1984

Adresse : 3, Rue Aïdban ALAKKAO, les l'IRIS, Quai du hôpital Casablanca

Tél. : 0662 272 280 Total des frais engagés : 575,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/09/2022

Nom et prénom du malade : EL HARIKI Nahla

Lien de parenté :  **Lui-même**       **Conjoint**

Nature de la maladie : J'en suis

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : S.A.

Le : 12/09/2022

#### **RELEVÉ 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
07.09.2022	S	1	3.000 Dt	INP : 123456789 Kacid BENNOUSSI Pédiatre Résidence du Centre Ben Saïd Rue du Marché Bâtiment 45 98 1/2 - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie SYRIE</b> سوريا سوري  <i>Hassen HAM</i>        Hay Arsalane Rue Amyot        d'Inville N° 42-Casablanca        Tel 0522 61 38 38        E: 0215 420 620 55</p>	07.09.2022	# 275,50 #

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

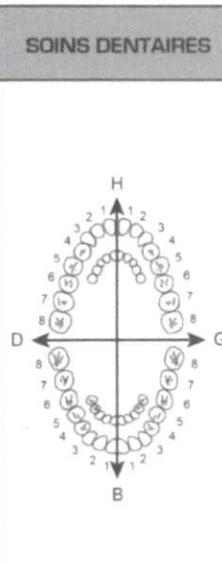
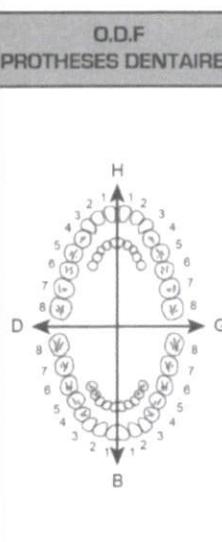
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS 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	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																
D	G															
B																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Rachid BENNOUNA**  
**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté Médecine de Paris  
Réanimation Néonatale  
Gastro Entérologie Pédiatrique  
(Fibroscopie - PH métrie)



**الدكتور رشيد بنونة**

إخلاصي في أمراض الرضيع والطفل

خريج كلية الطب بباريس

أستاذ مساعد سابقاً

بمستشفيات باريس

Casablanca, le .....

07.09.2022

الدار البيضاء، في

**Enfant EL HARIRI Med Ghali**

30,00

**1 BETASTENE GOUTTES**

180 gouttes le matin, au cours du repas, pendant 3 jours.

28,40

**2 APIRETIL 100MG/ML**

18 dose kgs le matin, à midi, à 16h et le soir, pendant 2 jours

20,00

**3 CURTEC SOL. BUV.**

Donner 1 Cuillère à café le soir, pendant 15 jours.

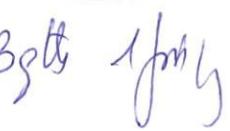
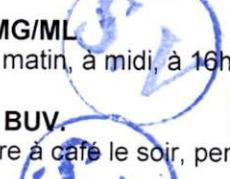
142,00

**4 BACILAC INFANTIS**

1 sticks le matin et le soir, pendant 15 jours.

Dr. Rachid BENNOUNA  
Pédiatre  
Résidence du Centre BEN SAID  
30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca  
Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 0522.98.65.98

25,50



Age : 2 ans 3 mois

Poids : 18,40 Kg

LOT : 8864  
UT. AV : 05 - 24  
PP.V : 30 DH 00

28,40

28,40 DH

PPV:20DH00  
PER: 04/25  
LOT: L1435

PPC : 142 DH 00

SC21003

1 / 10 2023

Dr. Rachid BENNOUNA  
Pédiatre  
Résidence du Centre BEN SAID  
30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca  
Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 0522.98.65.98

Lot n° :

EXP :

PPV :

5510



مدة مركز بنوونا - 30 زنقة المرشي - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 0522.98.65.98

E-mail : bennouanrachid44@gmail.com