

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0006695

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2836 Société : RAM 130123

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENSABIH EL ITRANY MOSTAFA

Date de naissance : 27.11.1943

Adresse : VILLA DDUNJA RUE CANAL DE SUEZ AIN DIAB  
CASABLANCA

Tél. : 0661 160198

Total des frais engagés : 928,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.09.2022 Nom et prénom du malade : Medkouri Jamila Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection neurole psychiatrigue

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 : Casa

Le : 16/09/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/10/2022      |                   |                       | 4000 DH                         | AJOUTÉ<br>Signature du Médecin<br>Date : 16/10/2022            |
| 20/22           |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br>PHARMACIE RAIS<br>16/09/2012 | 16/09/2012 | 528.10                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The grid is bounded by a thick black border. Inside, there are 100 circles arranged in a 10x10 pattern. Each circle contains a number from 1 to 8, representing a sequence. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7
- Row 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 8
- Row 4: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7
- Row 5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6
- Row 6: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7
- Row 7: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6
- Row 8: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7
- Row 9: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6
- Row 10: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7

The numbers 1 through 8 appear in each row and column, with some variations in the sequence. Arrows at the top and bottom indicate the direction of the sequence flow.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naoual AJOUB  
Psychiatre



الدكتورة نوال أجوب  
طبيبة نفسانية

Psychiatrie de l'Adulte  
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Addictologie  
Thérapies Cognitives et Comportementales

الطب النفسي للأطفال والراهقين  
طب الإدمان  
العلاج النفسي المعرفي السلوكي

Nadkoui Tamila Date: 16/09/2022  
Nom:

LOT: KE10096  
PER: AUT 2023  
PPV: 154 DH 30

LOT: KE10096  
PER: AUT 2023  
PPV: 154 DH 30

LOT: KE10096  
PER: AUT 2023  
PPV: 154 DH 30

154.30 x 3

1) SCITAP 10 mg

LOT 0106340  
EXP 10/24  
PPV 32DH60  
més pelliculés

32.60 x 2

2) Pris Sal 0.5 mg

LOT 0106340  
EXP 10/24  
PPV 32DH60  
més pelliculés

0 - 0 - 1 1 mois  
1 c p 15/12 1 mois

1 c p 2x semain 1 mois

528.10

Dr. N. AJOUB  
Psychiatre - Psychologue  
Adultes - Enfants - Adolescents  
Espace El Mansour 1er étage - Casablanca  
Tél.: 0522 98 07 08 / Mob.: 0663 10 35 80 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

شارع يعقوب المنصور، فضاء المنصور الطابق الأول، الرقمن 13 - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 98 07 08 / المحمول : 0663 10 35 80 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com

22, Bd. Yacoub El Mansour, Espace El Mansour 1er étage, N° 13 Maarif - Casablanca

Tél.: 0522 98 07 08 / Mob.: 0663 10 35 80 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

شارع يعقوب المنصور، فضاء المنصور الطابق الأول، الرقمن 13 - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 98 07 08 / المحمول : 0663 10 35 80 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com