

# 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.

La MUPRAS garantit le respect de la confidentialité à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal B. contact@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-765725

133388

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11136 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ID BOUGNOUN Yassine

Date de naissance : 30-11-74

Adresse : M

Tél : 0667345631 Total des frais engagés : / Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
04 RUE SOKRAT EL NESSABAH  
Maarif - Casablanca  
Tel : 05 22 08 03 46

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/01/2022

Nom et prénom du malade : ID BOUGNOUN GHALI M

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : préne

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) : /

VOLET ADHERENT



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou de la Pharmacie	Date	Montant de la Facture
<p><i>(Stamp: Pharmacie Ascaraf, Casablanca, Tel: 0522 22 09)</i></p> <p><i>(Signature: Madame BARTAL FATIMA)</i></p>	<p>03 10 22</p>	<p>1032</p>

[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

DNP :

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
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

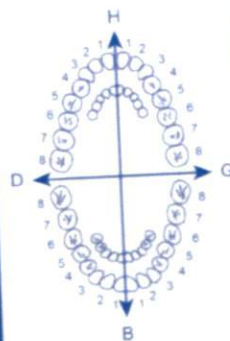
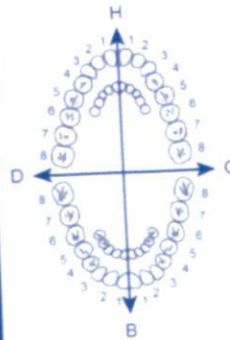
DATE DE  
L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez joindre les radiographies

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

Dr. El Hassan EL BENNA  
PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 03-10-22

Chahli Idharguen

15,30



- Doliprane 500 pch 2i

4 fois / j

55,00



**Flagyl®**

4%

\* Amoxicil 1g - 3 fois / j

32,20  
3 fois / j  
3 fois / j

FLAGYL 4%  
SUSP BU V FL 120 ML  
P.P.V : 32DH90  
LOT : 22E009  
PER: 02 2024  
6 118000 060390

103,20  
Madame BARTAL FATIMA  
Rue Socrate Rés. SABAH  
Casablanca Tel: 0522 25 22 09

Dr EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
Rue Socrate Rés. SABAH  
Casablanca  
Tel: 05 22 25 22 09