

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 319 ..... Société : ..... RAM ..... *(Signature circulaire)*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ALOUI RACHID

Date de naissance : 11/12/1957

Adresse : HABIBI VILLE

Tél. : 026.62.28.86.36

Total des frais engagés : 545 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR. BENHARBIT Rachid  
Spécialiste en Dermatologie  
Vénérérologie  
33, (Ex. 81) Pd. de Paris  
TEL 22.19.00/27.78.69 - Casablanca

Cachet du médecin :

DR. BENHARBIT Rachid  
Spécialiste en Dermatologie  
Vénérérologie  
33, (Ex. 81) Pd. de Paris  
TEL 22.19.00/27.78.69 - Casablanca

Age: 65

Enfant:

Date de consultation : 05/10/2022

Nom et prénom du malade : BENHERRANADIA EPELALAOUI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Dermatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

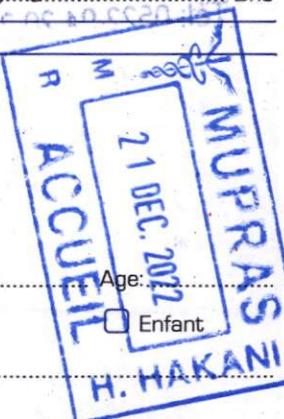
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 05/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



# 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
05.10.22	C2	—	250 Dhs	Dr. BENHARBIT Rachid Spécialiste en Dermatologie Vénérérologie 33, (Ex. 81) Bd. de Paris 33, (Ex. 81) Bd. de Paris Casablanca
26.10.22	C2	—	GRATUIT	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

WIDAD'S PHARMACIE 01/10/2022  
Lot M'Zouka N° 27 Avenue Habib  
Sinaceur Casablanca - Anfa  
Tél: 0522 94 20 29

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

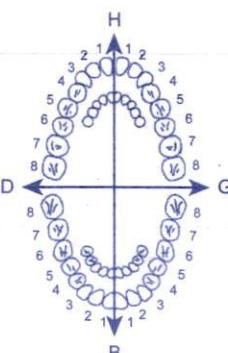
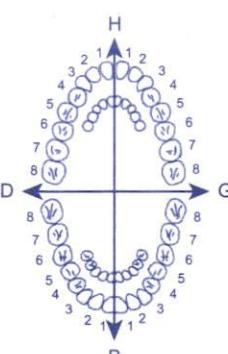
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

# 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															
																			
																			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
G																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
				<b>DATE DU DEVIS</b>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENHARBIT Rachid

Spécialiste en Dermato - Vénérologie

Titulaire du Certificat d'Etudes

Spéciales

Faculté de Médecine de Strasbourg

Ancien Maître Assistant au CHU

Avicenne - Rabat

الدكتور بن حربيط رشيد

إخلاصي في أمراض الجلد  
والشعر والأمراض التناسلية

خريج كلية الطب بستراسبورغ

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب  
بالرباط

Casablanca, le ..... 5.10.22

WIDADS PHARMACIE  
WIDADS N° 27 Avenue Habib Bourguiba  
Lot. M.Zouka N° 27 Avenue Habib Bourguiba  
Sinaecur Casablanca - Afra  
Tél. 0522.94.20.29

Acide Salicylique 61 D  
Dipropene formal 601 C  
Vaseline 341 C

SP

1 app. casse 13,40

2 CoPChicoree 2 boite 13,40

1 cp pour au ver  
du déjeuner 13,40

3 Magmine 4 1 boite 99.00

295,80

à renvoyer le jour

Dr. BENHARBIT Rachid  
Spécialiste en Dermatologie  
Bd. de Paris - Casablanca - Tél. 05.22.22.19.00  
Sh. 333 (Ex. 81) - 19.00.22.05.22  
Vénérologue de Paris  
Tél. 05.22.27.78.69