

# 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.

M22- 0054257

AS2951

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07934

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS Naima

Date de naissance : 18.05.1958

Adresse : Haerif exr

Tél. : 06 613 05 22

Total des frais engagés : 758,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2023

Nom et prénom du malade : BENNIS Naima Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 03/02/2023

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
03/02/2023	G + S + P + R + M + S + L			<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacien Al Mawali Angie Rue Abou Kair et Abou Hassan Saghier Maafit Eddentor Casab. Tel: 032223113	3-2-23	258.700

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					FIN D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

**Dr Loubna ZAIDI**

**Spécialiste en**

Hépato-gastroenterologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Echographie Abdominale  
Endoscopie Digestive



**الدكتورة لبنى زايدى**

إختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد  
علاج وجراحة أمراض المخرج : ال بواسير والدمى  
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

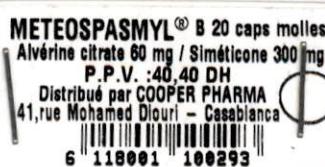
03/02/2023

Casablanca, le .....

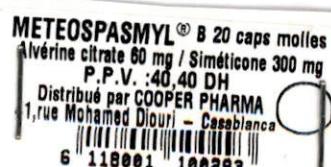
الدار البيضاء، في

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghif  
Maârif Ection Casab - Tel. 0322 23 17 06

**MME BENNIS NAIMA**



p.A PPC : 137 DH 00



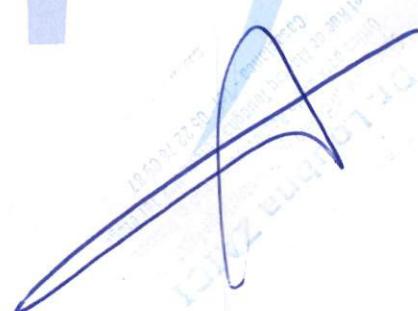
**• Meteospasmyl - capsule molle**

1 Capsule, matin, midi, soir, avant les repas, pendant 15 jours

**• BACILAC FORTE - GELULE**

1 GELULE, midi, pendant 1 mois

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghif  
Maârif Ection Casab - Tel. 0322 23 17 06



286, Office Park Angle Boulevard Yacoub  
El Mansour et Rue de Madiaq Toudgha  
Bureau N°2 - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél. : 05 22 78 09 87 - Portable : 07 66 65 81 84  
E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

286, أوفيس بارك زاوية شارع يعقوب المنصور  
و زنقة مديق تودغى الطابق 1 المكتب 2

الهاتف : 05 22 78 09 87

المحمول : 07 66 65 81 84