

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ 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° W21-788964

154288

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9399	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AFAKHLI HICHAM			
Date de naissance : 24/07/1971			
Adresse : N27 LOT RYAD PARTNERS ROUTE D'AZZEMOURA, 002 BOUZA, CASA			
Tél. :	0661109669	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 23 FEV. 2023			
Nom et prénom du malade : Bennis ep Afakhlri Hicham Age: 43			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection			
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 : 05/02/23  
Signature de l'adhérent(e) : 23/02/23

Le : 23/02/23

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
23.FEV.2023			300	091033894 Dr. Afaf Refass Hadni Oto-Rhino-Laryngologue Al Mirej Center Angle Bld. Arouad Bd. Abdellah Ben Ziane Etage N° 23 Casablanca - Maroc - 101 - 8522 86 11 96

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/2/23	400.20

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

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.																																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																		
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>INP : [ ]</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			INP : [ ]																									COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
				INP : [ ]																														
<input type="text"/>																																		
MONTANTS DES SOINS																																		
<input type="text"/>																																		
DEBUT D'EXECUTION																																		
<input type="text"/>																																		
FIN D'EXECUTION																																		
<input type="text"/>																																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																		
<input type="text"/>																																		
	<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td>B</td></tr> <tr><td colspan="2">(Création, remont, adjonction)</td></tr> <tr><td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	D	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>		<input type="text"/>		MONTANTS DES SOINS										
		H	G																															
		25533412	21433552																															
		00000000	00000000																															
		D	D																															
		00000000	00000000																															
		35533411	11433553																															
		B	B																															
		(Création, remont, adjonction)																																
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																
<input type="text"/>																																		
<input type="text"/>																																		
<input type="text"/>																																		
DATE DU DEVIS																																		
<input type="text"/>																																		
DATE DE L'EXECUTION																																		
<input type="text"/>																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		

Dr Afaf REFASS -HADNI

Oto Rhino Laryngologie

Médecin Spécialiste en maladies & chirurgies  
de l'oreille, du nez, de la gorge  
de la face et du cou



د. عفاف الرفاص - حدنى

طبية اختصاصية في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

23 février 2023

Mme BENNIS EP AFAKHRI HIND  
Casablanca le :

40.0

- COTIPRED CP 20 MG

3 COMPRIMES PAR JOUR LE MATIN pendant 3 jours

- MACROMAX 500MG 3 COMPR

1 CP PAR JOUR PENDANT 3 JOURS

63.0

82.10

- INEXIUM CP 20MG

1 CP LE MATIN PENDANT 3 JOURS ET SI RGC

14.0

- DOLIPRANE CP SIMPLE 1G

1 COMPRIME 3 FOIS PAR JOUR SI DOULEUR

- BION 3 DEFENSE

1 CP PAR JOUR PENDANT MOIS

- PHYSIOMER ISOTONIQUE SPRAY

LAVAGE DU NEZ MATIN ET SOIR

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier beno el aquam roches  
noires - casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ

P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

PPV: 1.00 DH00  
PER: 01/26  
LOT: M248

PPV: 1.00 DH00

PER: 01/26

LOT: M248

- TABUNEX SPRAY NASAL

1 PULVERISATIONS PAR NARINE LE MATIN ET LE SOIR pendant 1

Mois

49.0

102.10

F = 400.20

Signature: Dr Afaf Refass Hadni

Dr. Afaf Refass Hadni  
Oto-Rhino - Laryngologiste  
Al Miaraj Centre Angle Bd. Anoual  
et Bd. Abdelmoumen 2<sup>ème</sup> Etage N° 23  
Casablanca - Tel: 0522864111

مجمع المعراب : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد العؤمن، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء

محطة ترامواي عبد العؤمن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني).

Al Miaraj Centre : Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen, 2<sup>ème</sup> Etage, N° 23 - Casablanca

Station tramway Abdelmoumen (la ligne) ou Anoual (la ligne 2)

0608 51 76 28 05 22 86 41 86 refassorl@gmail.com www.orlcasablanca.com