

# 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.

M22- 0045874

154988

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1127 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DR. FATHIMA

Date de naissance : 22/11/1985

Adresse : 502, rue G de Gaulle, casab

Tél. : 06931923 Total des frais engagés : 1011.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BENCHAKROUNE Noura  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE : 091021690

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/23

Nom et prénom du malade : Dr. Noura Fathima Age: 38

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : IR + Anémie

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 : Casab Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

# 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
09/03/23	C.A	G		DR. BENCHAKROUNE Nezha Néphrologue Centre du Roi Moulay Youssef INPE : 091031690

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
928, Bd Mohamed VI, CASA RC: 3510123 TF: 36601001 Tél: 0522-28 90 00	9/3/23	1000.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with 'H' at the top, 'G' at the right, 'D' at the left, and 'B' at the bottom. Arrows indicate the axes of rotation for				

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE

Néphrologue



مركز الكلية

مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشررون

اختصاصية في أمراض الكلية وتصفية الدم

Le 9/3/23

N° DRIFI Fatima

1088105

Eprex 2000



Maphar  
Bd Alklimia N° 6, Ol.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Eprex 4000U/ml SPR 0,5ml  
B6

P.P.V : 1011,00 DH

6118001 181063

1mg 8IC x 3 / semain

n° PAC 1601 somatop

Att de 01 mois

DR. BENCHAKROUNE N. Z. H.  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE : 091031690

DR. HAFIDIA FARIS  
928, Bd Mohamed VI.CASA  
RC: 351012 TF:36601064  
Tél:0522.28.90.00

606, RDC, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc

Tél : +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax : +212 5 22 29 51 89

E.mail : [contact@centrerein.com](mailto:contact@centrerein.com) - site : [www.centrerein.com](http://www.centrerein.com)