

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

158100

**Déclaration de Maladie : № P19-0001605**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10683 Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :** \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : DINAQ B

Adresse : Bd Anoual. Résidence Andalouya Duko Apt 7

Tél. : 0666410087

Total des frais engagés : 777,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2023

Nom et prénom du malade : HAFIDH ISMAÏL Age : 16

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : dermose

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 : RAM Le : 19/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : DR ACCUEIL



## **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
19/04/23 110			300 H	Pr. H. BENCHIKHI Dermatologie - Vénérologie Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam Paris - Tel: +33 1 52 22 85 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a standard dental sequence. Labels are placed around the arch: 'D' is at the bottom left, 'G' is at the bottom right, 'H' is at the top center, and 'B' is at the bottom center.

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 19.04.2023

Mr MIFTAH Ismail

889,-

1 CURACNE 20 mg caps molle Gé : B/30

152,20

2 CURACNE 10 mg caps molle Gé : B/30

Prendre un comprimé de 20 mg et un comprimé de 10 mg pendant un mois au déjeuner

3 CELESTENE 2 mg cp dispers séc : E/20

Deux comprimés par jour pendant 10 jours le matin à 8 h du matin

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Curacne 20mg cap molle

b30

P.P.V : 289,00 DH

6 118001 180721

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Curacne 10mg cap molle

b30

P.P.V : 152,20 DH

5 118001 180714

LOT : 448  
PER : JUN 2024  
PPV : 36 DH 60



Pr. H. BENCHIKHI  
Dermatologie - Vénérologie  
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca Tel: +212 05 22 85 00 00

### Spécialités

Dermato-Allergologie  
Maladies Vénériennes  
Dermatologie esthétique  
Laser cutané

### Cabinet privé

Résidence Amsterdam  
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)  
05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02  
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167