

# 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

16/7/23

## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0050723

8949

R.A.M.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOCHTOUR LAHOUSINE

Date de naissance : Le 30-04-1960

Adresse : D41 Hay ERRAMA Rue Mohamed Fakir 1700

El Jadida Berrechid

Tél. : 06 13 62 18 90 Total des frais engagés : 309,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSINE Yasmina  
322, Bd Idriss AHRIZI  
Hay Errama - Berrechid

Dr. HASSINE Yasmina  
322, Bd Idriss AHRIZI  
Hay Errama - Berrechid

Date de consultation : 11 Mai 2023

Nom et prénom du malade : EL BADAOUI Melem Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : infection respiratoire

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 : Benekid Le : 11/05/2023

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
11 Mai 2015	Op	1	150.00	Dr. HASSINF VASIMI AHRIZI 322 Bl 115 1-3 FRECHID TELE : 022 32 51.55

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"><u>بسم الله الرحمن الرحيم</u></p> <p>Bendaoued HASSINE            Docteur en pharmacie            320, Bd. Idriss Lahrizi - Hay Erlang            Tél/Fax: 022.32.51.95 - BERRECHID</p>	11/05/23	159,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

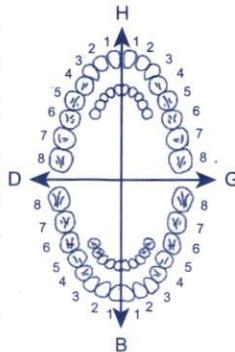
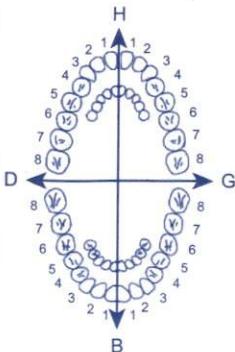
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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	
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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. Yasmina HASSINE**

**Médecine Générale**

Diplôme en Échographie de  
La Faculté de Médecine de Casablanca  
Ex. Médecin attaché au CHU  
Ibn Rochd - Casablanca

**الدكتورة ياسمينة حسين**

**الطب العام**

**دبلوم جامعي في الفحص بالصدى**

**كلية الطب - الدار البيضاء**

**طبيبة ملحقة سابقاً بمستشفى**

**ابن رشد - الدار البيضاء**

**11 Mai 2023**

Berrechid, le .....

*EL BADAOUI Meriem*

*19,20*

*21 AZIX 500mg cp*

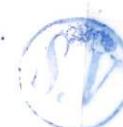


*18,90*

*1cp/j x 3j/ea*

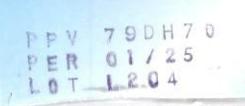
*21*

*Fitorax syrup AD.*



*1cas x 3fl.*

*159,60*



**Lot : 221125  
À consommer avant le : 12/2025**

**PPC : 79,90 DH**

**صيدلية الصحة**

**Bendaoued HASSINE**

**Docteur en pharmacie**

**320, Bd. Idriss Lahrizi - Hay Erraha  
Tél/Fax: 022.32.51.95 - BERRECHID**

*Dr. HASSINE Yasmina  
322 Bd Idriss LAHRIZI  
Hay ERRAHA - BERRECHID  
Tél: 022.32.51.95 Fax: 022.32.51.95*

**322, Bd. Idriss Lahrizi - au dessus de la Pharmacie Assiha**

**Hay Erraha - Berrechid - Tél : 05 22 32 52 47 \_ Fax : 05 22 32 51 95**

**شارع ادريس لحرizi فوق صيدلية الصحة - حي الراحة - برشيد**