

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4725** Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOURKIA Abdelouahed**

Date de naissance : **13/11/1958**

Adresse : **Rue HAGGOUNIA N°8 HAY ESSAADA LAAYOUNE**

Tél. **0666061235** Total des frais engagés : **2615,80 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/04/2023**

Nom et prénom du malade : **BOURKIA MOHAMED** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **aff. Neuropsychique**

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 : **07/06/23**

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
29.04.23	C3		400,00	DR NEURO-Psychiatre 11, Bd. Zerkoune - Razi, Tarfaya Casablanca - tel.: 0522 22 15 61

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Gérant	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie Naima</b> 21111174 Ray II - Asphalte Bld Sidi Abderahmane Casablanca Tel : 0522 96 31 00	29.04.23	2215,83

Pharmacie Naima

**INR 92044569**

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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENBRAHIM Brahim

NEURO - PSYCHIATRE

11, Bd.Zerkouni "Résidence Tarfaya"  
4ème Etage , App 12 - Casablanca  
Tél : 05 22 22 16 81  
Fax : 05 22 26 53 47



الدكتور بنبرهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية والعقلية والنفسية

11، شارع الزرقطوني "إقامة طرافية"  
الطابق الرابع الشقة رقم 12 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 22 16 81  
الفاكس : 05 22 26 53 47

Casablanca, le ..... 29 April 2023.

- 915 Bourkia Nohaoui -

13.80 x 12 918  
- HALDOOL 29hs



30 gtt at, midi

339.00 x 6 50 gtt le soir

- Solian 200 919



1/2 up at, midi  
deux doses

16.20 - Nozinan 25 920



1/2 up le soir si inconsciente

Varfar 0.25 (Dexa 25)

NOZINAN 25 MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 16DH20  
LOT : 22E001F  
06.2027  
6 118000 060475

Dr. BENBRAHIM Brahim  
NEURO-PSYCHIATRE  
11 Bd Zerkouni - Rés.Tarfaya  
Casablanca - Tél.: 0522 22 16 81

Traitement continu jusqu'au prochain Rendez-vous le 26.06.2023

221580

في حالة الاستعجال المرجو الإتصال بمصحة البساتين - 206، محج مرس السلطان الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 34 53 - 05 22 47 36 14

En cas d'urgence s'adresser à la clinique des jardins, 206 Avenue Mers sultan - Casablanca - Tél : 05 22 47 34 53 - 05 22 47 36 14

13,80

Lot:

Per:

PPV:

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH

6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH

6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH

6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH

6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH

6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH

6 118001 081271