

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUUPRAS 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 : 02189

Société : RAM 164841

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAATOLIQUE Mohamed

Date de naissance : 1956 CASA

Adresse : G.T Rue 105 N° 6 OULDA

Tél. : 0664022230 Total des frais engagés : 123,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENKIRANE MED JALI  
13, BD. ANTIAFFAIE-CSA  
EFATO GASTRO ENTEROLOGUE

Date de consultation : 26/05/2023

Nom et prénom du malade : MM MAATOUQ NAJZA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pathologique

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 26/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



2023

#### **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
26.5.23	S	V	CHF 100.-	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/2023	129,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

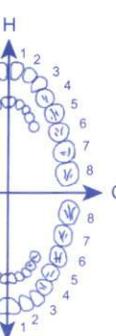
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

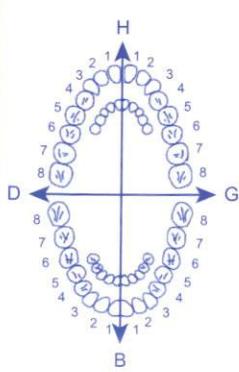
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
 Ancien attaché au CHU Bichat-Paris et à l'hôpital de Poissy  
 Diplômé en Endoscopie Digestive et Interventionnelle  
 Diplômé en Échographie Digestive  
 Diplômé en Nutrition  
 Membre de la Société Française d'Hépato Gastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي والبواسر

مجاز بكلية الطب بباريس  
 ملحق سابق بمستشفيات باريس  
 مجاز الكشف بالمنظار  
 مجاز الكشف بالتلوزة  
 مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية  
 عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي و التهاب الكبد

24/05/2023

Casablanca, le :

MME MAATOUQUI NAJIA

## ‣ hemofast

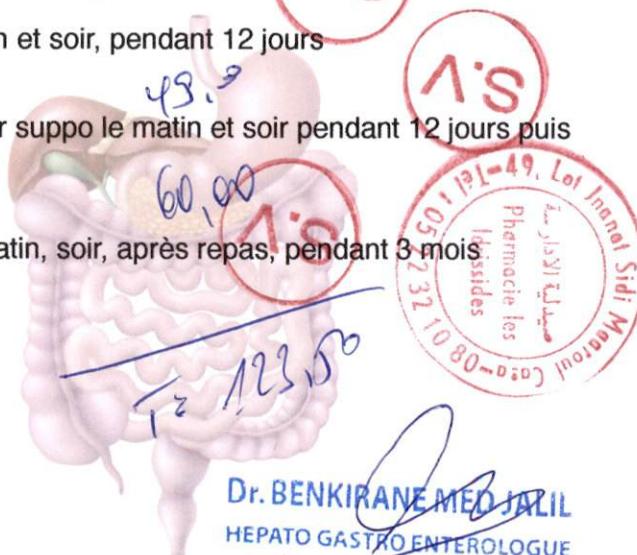
1 suppo le matin et soir, pendant 12 jours

## ‣ Avenoc

1 application sur suppo le matin et soir pendant 12 jours puis  
crème seule

## ‣ Mediveine 600 mg

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 3 mois



13, Bd Ain Taoujtate Rés Ilias Appt N°3, 2ème Étage -Quartier Bourgogne (en face clinique Badr)

Casablanca-Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13. شارع عين توجطات إقامة الياس، رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون (مقابل مصحة بدر)

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف: 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

BOTTU SA  
PPV. 49 DH 00

14,50

LOT 223742 1  
EXP 11/2025  
PPV 60.00