

## 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

N° W21-803375

165147

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9378</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Bziovi Rachid</b>			
Date de naissance : <b>31/01/66</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0661357688</b> Total des frais engagés : <b>1451,80 DH</b>			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>Professeur BENNANI Saâd</b> <b>Chirurgien Urologue</b> <b>42, Bd. Abdelmoumen - Casablanca</b> <b>Tel: 0522 23 10 23 / 0522 23 19 73</b>	
Date de consultation : <b>29 MAI 2023</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Bziovi Rachid</b>	
Age : <b>57</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>prostate + orchie -epididymite</b>	
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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Essaouira** Le : **14 JUIN 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
29 MAI 2023		C3	380,00	Professeur D. A. S. Chirurgien 42, Bd. Abdelmoula 1023 / 0522 21 57599 Tél: 0522 21 02 23 / 0522 21 57599 Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/5/2023	 1151.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 l'bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— 00000000   00000000 35533411   11433553	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



104,70

104,70

104,70

104,70

104,70

104,70

104,70

LOT 230082  
EXP 01/2026  
PPV 131.60DH

PPV (DH): 40,00

EXP :  
LOT N°:

14,50

LOT: 12822001  
PER: 01/2025  
PPU: 79,50 DH

PPV: 153.11.00  
153.30  
2G 1V2A 077/25

Casablanca, le

Rachid

Mr Bzioui

104,70 x 7

① TRICEF 1g IN

1,5

+ 07 jours

131,60

② Spectrum 500

1,5

40.00 1cp 2 fois/j pendant

③ Predni 20mg

1,5

3 cp/j. en 1 seule prise le m

④ Avilcer

1,5

1g/j le soir

14,50

⑤ Andol 1g

1,5

1cp 3 fois/j

79,50

⑥ Terazosine Nodom

5mg

le soir

153,30

⑦ Permixon 160mg

5mg

2g/j le matin

T=1151,80

2g/j en 1 seule prise le matin

42، شارع عبد المؤمن - إقامة وليلي - الطابق الخامس - الدار البيضاء

42, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Walili - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

Tél.: 05 22 23 10 23 et : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16

Professeur BENNANI Saâd  
Chirurgien Urologue  
42, Bd. Abdelmoumen  
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23