

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8486**

Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ETTISSI**

Date de naissance : **01/01/1960**

Adresse : **Assita a' address**

Tél. : **940,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur TILANE AMINA**  
Médecin Psychiatre  
LOT FERDOUS GH 7 BAT 64  
RDC APPT N°1 - HAY HASSANI  
CASABLANCA-TEL 05 22 90 03 52

Date de consultation : **06 Sept. 2023**

Nom et prénom du malade : **ABOUBAKR MAI YAHIA**

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **FT2**

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 : **Casa** le **06/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/23	690,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

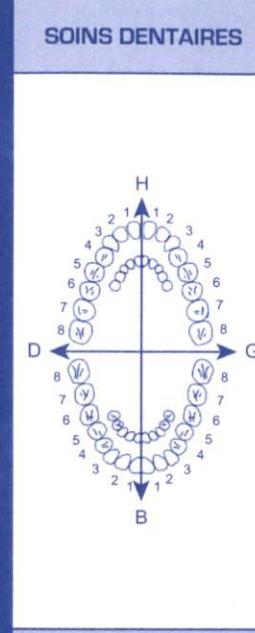
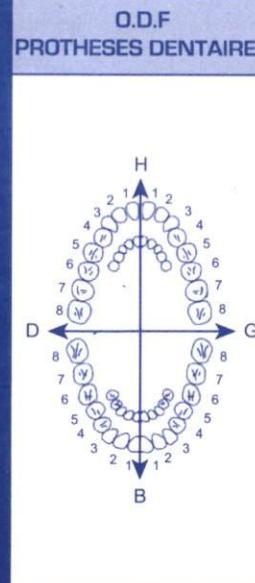
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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					
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE							
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $						CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS						VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

## **Docteur Amina TILANE**

**MEDECIN SPECIALISTE  
PSYCHIATRE  
PSYCHOTHERAPEUTE**

## **Ex. Médecin Chef de l'Unité de Psychiatrie Délégation Médicale Hay Hassani**

الدكتورة تلان أمينة  
طبيبة نفسانية اختصاصية  
في الأمراض النفسية والعقيلية  
والأمراض العصبية وأمراض الرأس  
طبيبة رئيسية سابقاً بوحدة  
الحي الحسني

06 Sept 2023

## Casablanca, le :

Pharmacie MENJRA  
Dr. MENJRA Samir  
16, Angle Bd Mou Sinaâ Rue 4  
Casablanca

83,70 x 1) TENOR DAT 2  
 34,70 x 2) 1011 malai  
 2) Zepam 6 mg.  
 59,50 x 2) Yu - 11u - 1/2 S.V.  
 3) Aman 50%  
 0 - 11 - 42 S.V.

Traité avec le 02 mai

Pharmacie MENJRA  
Dr. MENJRA Samir  
Angle ~~El Moudawine~~ Sinaâ Rue 4  
Hey Hassani - Casablanca  
TAI : 05 22 89 60 05

Docteur TILANE AMINA  
Medecin Psychiatre  
LOT FERDOUS CH 7 BAL 64  
RDC APP N° 10 HAY HASSANI  
CASABLANCA 33 - 05 22 90 03 5

لشقة رقم 1 - الطابق السفلي الحي **الحسيني** - الدار البيضاء - (قرب مركز الشرطة الفردوس)

Lot. Ferdaous, Gh7, Bat 64 RDC - Appt N°1 - Hay Hassani - Casablanca - (Pr)

الهاتف: 05 22 90 03 52

• 59,50

59,50