

# 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.

M22- 0035892

179479

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SCALLY F-Z

Date de naissance : 16/12/19

Adresse : 13 Ksourou Fabrice Toulou. CASA

Tél. : 0661494668 Total des frais engagés : 300 t 136.0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SCALLY Fabrice Ezzahra Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : febrile et asthme

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 : CASA Le : 03/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : SCALLY

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

## 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
23/9/23	Cs		300,00	Docteur BEN MALLAL Pneumophtisiatre Casa d'athénas - Rue Al taï - 022 92 22 42

RES  
Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Professeur	Date	Montant de la Facture
	26/3/23	536,00

Cachet de Pharmacien  
ou du Professeur

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S de l'Université de Paris

Asthme - Maladies des Poumons - Tuberculose

ALLERGIE RESPIRATOIRE

SEVRAGE TABAGIQUE

الدكتور بن لمعلم مصطفى

إختصاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيقية - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 23/9/2023 الدار البيضاء، في

Méfane SCARLE fatma  
Ezzahra

40<sup>33</sup>

Predni 20<sup>15</sup>

29 by 6 uale abs ref  
+ 5

à diluer

140 ml

Scellé le 25/9/2023 (28/9)

③ Vaxigun H

136 ml

PHARMACIE HAY KHA

DOCTEUR BEN MALLEM Mustapha  
Résidence El Mechouar - N° 97 - Avenue 2 Mars Angle d'Anthènes - Casablanca - Tél.: 05 22 82 23 42

إقامة المشور - رقم 97 - شارع 2 مارس زاوية زنقة أثينا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 82 23 42

Résidence El Mechouar - N° 97 - Avenue 2 Mars Angle d'Anthènes - Casablanca - Tél.: 05 22 82 23 42

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

40,00

GlaxoSmithKline Maroc  
- Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
ID:651897  
6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc  
- Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
ID:651897  
6 118001 141104