

# 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

- 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.

187784

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9984+ Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : amar Benchariki

Date de naissance : 15/15/1969

Adresse : Nouaceur

Tél. : 06 67199803

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/2023

Nom et prénom du malade : Benchariki ethmene Age : 10 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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 : Le : / /

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
18.12.21	CS		200,00 Dh	Dr. FOUISSA pédiatre de la résistance, El Wahdi 11 Dentiste Tel: 0522 51 17 93 E-mail: mountafouissa@gmail.com Téléphone: 061198792
20.23				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.12.23	801,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
	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				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

**Dr.FOUISSI MOUNIA**  
**Pédiatre**

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



**د. الفويسلي مونية**

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقيدة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : ..... 18/12/2023 .....

Age : .....

Poids : ..... 19,75 .....

Nom : L'enfant : **BENCHARKI OTHMANE**

119.10  
1) RISONEL

1 PUL / NARINE PDT 1 MOIS

20.00  
2) CURTEC SIROP

1CAM LE SOIR PDT 10J

210.00  
3) COTIPRED 20

1CP 1/2 LE MATIN PDT 4J

195.00x3  
4) SERETIDE 125uG

2B X2/J PDT 3 MOIS

77.90  
5) SOCLAV 500 MG SACHET

1SACHET X2/J PDT 6J

19.00  
6) Neurodol Sirop

1 dd p

801.00

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. SARA BENJELLOUN  
Imm. 94, 101 NAIKA-DEROUA  
Tél. 05 22 51 42 88

INPE: 06 20 74 810

**Dr. FOUISSI MOUNIA**  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98  
Deroua. Tél. 0522 51 42 88  
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة A الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

ID:650646 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:175,00 DH  
6 118001 141869

ID:650646 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:175,00 DH  
6 118001 141869

19,00

PPV:20DH00  
PER: 06/26  
LOT: M2243

PPV:40DH00  
PER:11/26  
LOT: M3806

ID:652605 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 175,00 DH  
6 118001 141869

77,90

N° du Lot 23.07.98  
Date Per. 03.2025  
P.P.V: 119,10 DH