

# 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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie **483**  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **483** Société : **MUPRAS - RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **BEN SOUNA MOHAMED** **190485**

Date de naissance : **01 - 01 - 1940**

Adresse : **LOT ATTADAMOUNÉ CHERAM, Rue 2 IM 25 N° 5**

Tél. : **05 22 89 50 77** Total des frais engagés : **3035,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BENCHAKROUNE Driss**  
Cardiologue - Rythmologue  
193 Bd Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
Tél. 05 22 20 45 45 - 09 77 04 78 68

Date de consultation : **10/01/2021**

Nom et prénom du malade : **BEN SOUNA MOHAMED** Age : **84 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : **10. 01. 2024**

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
19/07/2017	Consultation	35	35000	Dr. BENCHAKRINE Dr. Cardiologue - Rythmologue 183, Bd Oum Rabi Oulai - Casablanca Tél: 06 22 90 88 20 - 09 77 04 78 65

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/84	<p>Dr. Zakaria SAB 154 Bd Oued Doudia El Azhari - Dakha Casab Tél 05 22 91 18 54</p> <p>2685.130</p>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



lundi 5/1

TA 163/83 152/2 1MA/23  
Dr BENCHAKROUNE Driss

**ECG**

Nom : BENSOUNA MED

Clini:

SN:0007749

Sexe :

Age :

Servi:

Cas:

Lit:

Date:12/01/2024 17:57:42



Prompt:

Puls. totals 12 , Rythme normal 12 , SVE 0 , VE 0 .

*M. Si. J. e. e.*

*P. N. S.*

*B. B. D. C.*

Dr. BENCHAKROUNE Driss  
Cardiologue - Rythmologue  
493, Bd Our. Rabii Oulfa - Casablanca  
Tel. 0522 350 20 - 07 77 04 78 68  
Signature du médecin :