

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>2836</u>	Société : <u>RAM</u> <u>1997232</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>BENSAABIH EL 1MIRANY MUSTAFA</u>		
Date de naissance : <u>27.11.1943</u>		
Adresse : <u>VILLA DOUNIA, RUE CANAL DE SUEZ</u>		
..... <u>AIN DIAB</u> ..... <u>ENSA BLANCA</u> -		
Tél. : <u>066.160.198</u>	Total des frais engagés :	<u>384.30</u> Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. N. AJOUBI**  
Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue  
Adultes - Enfants - Adolescents  
22, Bd Yacoub El Mansour Etg 1, N° 10  
Maârif - Casablanca

Tél: 0522 98 07 08 - INPE: 091197228

Date de consultation : 03.09.2024

Nom et prénom du malade : BENSAABIH JANILA

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Depression

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 : CNSA Le : 01.10.2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

S

### 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
03.10.21.2024			400,00 DH	<b>Dr. N. AJOUB</b> Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue Adultes Enfants Adolescent 22, Bd Yacoub El Mansour Eig 1, N° 13 Mdárif - Casablanca Tél: 0522 98 07 08 - INPE: 091197228

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE RAIS</b> Dr. Omar RAIS 52, Rue de la Mer Baltique Ain Diab Casablanca - Tél: 05 22 79 81 52 INPE: 092049949 - I.C.E. 0003420200000000	03.10.21.24	534,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

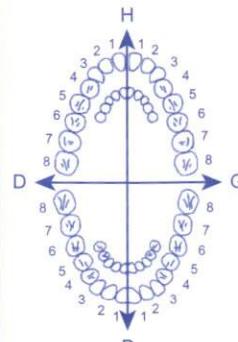
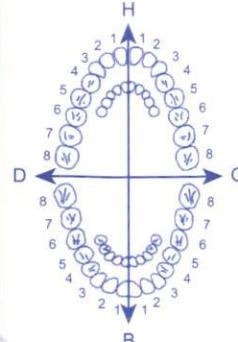
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

années  
de l'Horloger

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naoual AJOUB  
Psychiatre



Psychiatrie de l'Adulte  
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Addictologie  
Thérapies Cognitives et Comportementales

الكلية نوال أوجوب  
طبية نفسية

الطب النفسي للأطفال والراهقين  
طب الادمان  
العلاج النفسي المعرفي السلوكى

Nom : Bensabih Jamila

Date : 03/02/2024

154.30 x 3

1/ SCIT AP 10 mg

35.70 x 2

2/ Alpraz 0,5 mg

0 - 6 - 1 / 2

= 534,30

Dr. N. AJOUB  
Psychiatre - Psychothérapeute - Addictologue  
Adultes - Enfants - Adolescent  
22, Bd Yacoub El Mansour Espace El Mansour 1<sup>er</sup> étage, N° 13  
Casablanca - Maroc  
Tél.: 0522 98 07 08 / WhatsApp : 07 74 13 30 78 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

PHARMACIE RAIS  
Dr. Omar RAIS  
62, Rue de la Mer Baltique Ain Diab  
Casablanca - Tél.: 05 22 79 81 52  
INPE: 092049929 - ICE: 000442920000096

3 mg  
Dr. N. AJOUR  
Psychiatre - Psychothérapeute - Addictologue  
Adultes - Enfants - Adolescent  
22, Bd Yacoub El Mansour Espace El Mansour 1<sup>er</sup> étage, N° 13  
Casablanca - Maroc  
Tél.: 0522 98 07 08 / WhatsApp : 07 74 13 30 78

PHARMACIE RAIS  
Dr. Omar RAIS  
52, Rue de la Mer Baltique Ain Diab  
Casablanca - Tél.: 05 22 79 81 52  
INPE: 092049929 - ICE: 000442920000096

22, Bd. Yacoub El Mansour, Espace El Mansour 1<sup>er</sup> étage, N° 13 Maarif - Casablanca  
Tél.: 0522 98 07 08 / WhatsApp : 07 74 13 30 78 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

22. شارع يعقوب المنصور، فضاء المنصور الطابق الأول، الرقم 13 - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 98 07 08 / الواتسApp : 78 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com

LOT : KE30073  
PER : AUT 2025  
PPV : 154 DH 30

LOT : KE30073  
PER : AUT 2025  
PPV : 154 DH 30

LOT : KE30073  
PER : AUT 2025  
PPV : 154 DH 30

LOT 232430 1  
EXP 082026  
PPV 35•70

LOT 232430 1  
EXP 082026  
PPV 35•70

LOT  
EXP  
PPV