

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-527050

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>23527</b>		
Matricule : <b>03721</b>	Société : <b>R.A.N.</b>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Bencherif Ben Farida</b>		
Date de naissance : <b>17/05/1952</b>		
Adresse : <b>3 Rue N° 1 Abdour</b>		
Casablanca		
Tél. : <b>06 63 27 5535</b> Total des frais engagés : ..... Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>21/03/2020</b>	Age: ..... <b>71 ans</b>
Nom et prénom du malade : <b>Bencherif Ben Farida</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Bronchite</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : .....  
Signature de l'adhérent(e) : **Tauder**



**ACCUEIL** 03 2020

## **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
13/2/20	3		3000 Dh	INP : Professeur de CHU de ROMDAB Professeur de CHU de ROMDAB 104, Bd. Abdellatif Mergui Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE OLIVERI</b> Barisse BENNANI Othman Beno-Affan Casablanca 27 36 57 / 0522 27 36 62	02-03-20	343,37

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire  
de Pneumophysiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique  
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



# الدكتورة نزهة طرباطي

أستاذة جامعية إختصاصية  
في أمراض الصدر والجهاز التنفسى  
داء ملسل - أمراض الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية  
التنظير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : ..... 2/3/2020 ..... الدار البيضاء، في :

نسمة Benchehoun Fairida



584-



1) claril 250

1cp x

2/1 x 7j

2) Effipred 20 mg  
dispensible

2cp/j le matin ap's pt  
dej x 5j

(ce j : à prendre ap's le dejuner)

49,40 3) Efac 20 mg

1gel/i Ajeu

11X 20 4) Xyzall cp 5mg  
nyp/i le soir x 7j

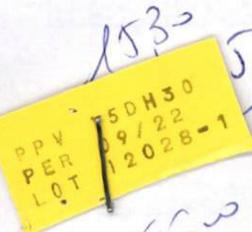
LOT 191998 11  
P.R.D. 01/21  
T.P. 490140

LOT 191998 11  
EXP 09 2023  
PPV 45 20

104 شارع عبد المؤمن - الطابق الأول - رقم 4 - الدار البيضاء - الهاتف/fax: 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99  
104, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage - N°4 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99

Email : trombati066@yahoo.fr البريد الإلكتروني:

153<sup>e</sup>



55,-

5) Doliprane gel 500

1 gel x 2 / i  
si (essai)

(A.S)

PPC : 55,00 DH

LOGIE

(A.S)

~~343,30~~  
~~Dr. Nouzha TROMBATI~~  
~~Professeur de Pneumophysiologie~~  
~~et Allergologie~~  
~~104, Bd. Abdelmoumen 1er étage n°~~  
~~Casablanca - Tel: 05.22.25.25.3~~

PHARMACIE OLIVERI  
Narjisse BENNANI  
SSA, Rue Othman Bnou Affan Casablanca  
Tél: 0522.27.36.57 / 0522.27.36.62