

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0038430

Optique 85974  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1049 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : VENNE Benachoud

Date de naissance : 1943

Adresse : Derb Tarzi Rue 3 N° 29

Tél. 0522 48 70 10 Total des frais engagés : 400,00 + 70,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2020

Nom et prénom du malade : APRANI Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection psychique

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 : 10/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : f

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-038430

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1049

Nom de l'adhérent(e) : VENNE Benachoud

Total des frais engagés : 400,00 + 70,00

Date de dépôt :

#### **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
10/13/88	(S)		400.00	L'oubia de la clinique B.D. 22/27 PSC clinique B.D. 22/27 PSC clinique B.D. 22/27

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MOUTRAN</b> N° 189 05 22 00 00 00 TAFILALET Marrakech C.C. 145	10 03 90 90	707.00 <i>[Handwritten signature over the amount]</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VIOLET ADHERENT

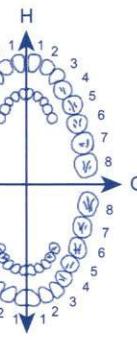
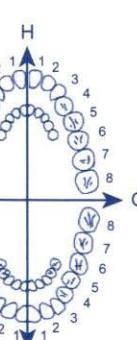
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	D		B	
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Loubna Bouhaouli LAHSAINI

Psychiatre - Psychothérapeute

PSYCHOTHÉRAPIE

TROUBLES DE SOMMEIL

TROUBLES SEXUELS

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



الدكتورة لبني بوجولي لحسايني

أخصائية في الطب النفسي و العقلي

العلاج النفسي

اضطرابات النوم

الاضطرابات الجنسية

اضطرابات في السلوك الغذائي

## ORDONNANCE

10.03.2020

PHARMACIE MOUTRANE  
N° d'Ordre 12611  
Date 18/03/2020

PHARMACIE MOUTRANE  
N° 189, Rue TAFILET  
Tel 05 22 22 18 45 - Casabla

Jme AFRANS Fatima

ep. Cheve BNOUTTO UD

S.V

396.00 Paroxetine Windomg 132.00 x 3

S.V 1/2 cp/j x 4 jours

156.00 Phes 1 cp/j x 3 mois

- Diminat 2 cp/j x 3

46.00 Tenesta 1mg S.V cp 150 + 23.00 x 2

109.00 Asperit 100 mg 1sp/j x 10 jours

x 3 mois puis 1/2 cp

702.00

Dr. Loubna BOUHAOULI LAHSAINI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Résidence COSEE 20 Bd. BADR  
(en Face clinique Badr) Tel: 05 22 27 28 72

30 شارع غير توططة، برب مصطفى  
إقليم كوليرز الطلاق الثالث، بربكون الدار البيضاء  
الهاتف: 06 64 23 11 39 / 05 22 27 28 72

**Diurimat®** 2,5 mg

30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240303

52,00

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
O

LOT : 19E003  
PER.: 11 2022



6 118000 062301

**Diurimat®** 2,5 mg

30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240303

52,00

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
O

LOT : 19E002  
PER.: 10 2022



6 118000 062301

**Diurimat®** 2,5 mg

30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240303

52,00

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
O

LOT : 19E003  
PER.: 11 2022



6 118000 062301

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 23DH00

LOT : 19E001  
PER.: 09 2021



6 118000 011569

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 23DH00

LOT : 19E001  
PER.: 09 2021



6 118000 011569

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113