

## 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

- 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.

N° W19-531515

ND 48284

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8564	Société : RAI		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAHLOU ABDELHAMID
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 17/07/68			
Adresse : 16, Allée de perseo, R l'armitage, CASA			
Tél. : 06 61 42 82 79	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr Hanane Belkhadra Benabderrazik Pédiatre Spécialiste 416, Avenue Capital Center, Bd. Abdellah, Angle Bd. Anoual Entrée 2A, Bâtiment 2, 10e étage, Casablanca, Maroc Tél: 05 22 86 37 27, Fax: 05 22 86 15 82, Agence: 08 63 05 50	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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 : 25/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

AP



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/05/2022	>		282,00	INP : 081623374 Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik Pédiatre Spécialiste 416 Anoual Capital Center Bld. Abdeslam Angle Bd. Anoual Entrée «A» sur N° 9 Tél. 05 22 86 37 21 Cabinet 06 56 22 11 11 Fax 05 22 86 32 32 Urgence 05 63 05 22 22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant HT de la Facture
	25/08/2022	Pharmacie l'Emilage 243,28

### 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
		AM PC IM IV	

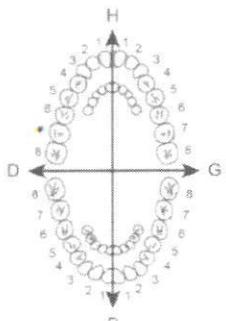
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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	INP :
				1111111111
				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

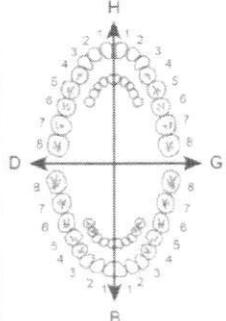


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

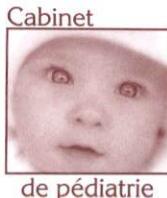


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr

dip



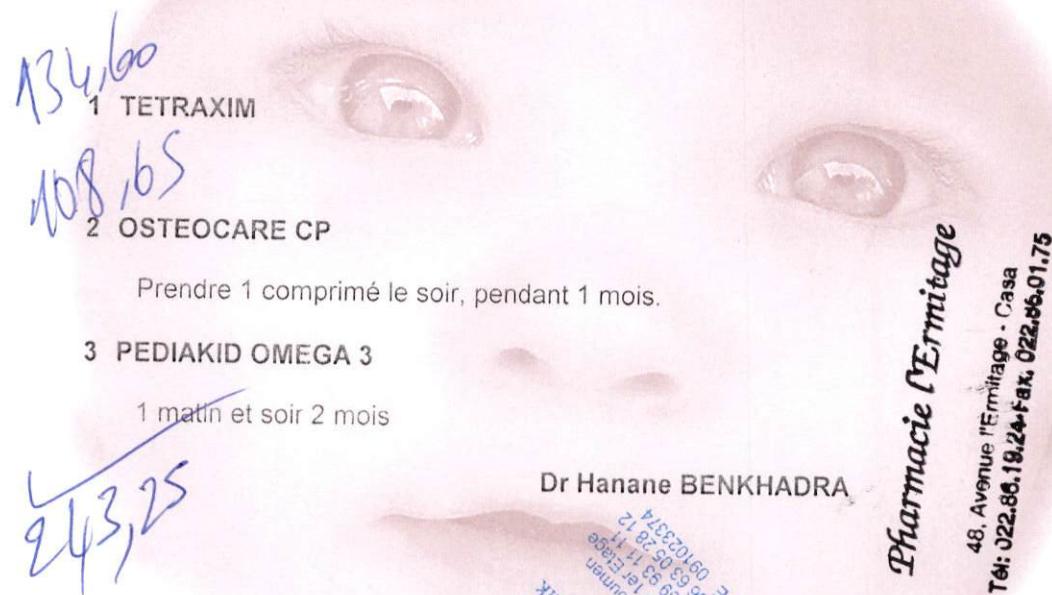
الدكتورة حنات بنخضرة بنعبدالرازق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بليج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 25.08.2020

Mr LAHLOU Med Yassir



Dr Hanane BENKHADRA

Pharmacie l'Ermitage

48, Avenue l'Ermitage - Casablanca  
Tel: 022.86.18.24 Fax: 022.86.01.75

Casablanca, le .....

Dr Hanane Benkhadra  
Centre Spécialisé  
Bd abdelmoumen  
Anoual Capital center  
Angle Bd abdelmoumen  
N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél: 06 59 93 11 11  
Mobile: 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11  
Fax: 05 22 86 15 32

416. أنوال كابطال ساتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32  
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — المستعجلات : Fax : 05 22 86 15 32 —