

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-594646

52135

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 9405      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : BENZNAD OTHMANE

Date de naissance : 28-02-2015

Adresse :

Tél. 0661236383      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALI HOMRI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Imm. GUERMANE AV. 29 Février  
09 75 82 19 82 - AGADIR

Date de consultation : 09-02-2020

Nom et prénom du malade : BENZNAD SARA

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : OELMOSE

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 18-02-2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/9 DEC 2020	S		200.0h	INP : 041175698 INP : MILLI HONORAIRES AVENERUL OULE F. AV. 29 Février 82 - AGADIR

2020

2009

INP : 04/17/09

INR : 0417569

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>N°9, Bloc F Hay Zaitoun Tibloutne - Agadir</b> <b>Tél: 05 28 29 09 39</b>	09/12/2020	180,00

Date

## ~~Montant de la Facture~~

~~180.00~~

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

Date

### **Designation de**

**Montant  
des Honoraires:**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## Cachet et signature du Particulier

Date des  
Spins

Nombre

### **Montant détaillé des Honoraires**

#### **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	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000		B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
G	00000000																		
B	35533411	11433553																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

100 g

# HOMRI

LOT:  
MNF:  
EXP:



Chevelu, de l'Ongle  
ent Transmissibles  
tologique  
ogique  
rvice Dermatologie  
AN II

الدكتور حمري علي  
إختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
و الأمراض التناسلية  
الجراحة الجلدية  
العلاج بالليزر  
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى  
الحسن الثاني أڭادير

09 DEC 2020

SW 2NM 8Aren

180,00

COTAPHIL



Hydratant

YK

T = 180,00

Dr. ALI HOMRI  
JERMAO VENEROLOGUE  
Imm. GUERMANE AV. 29 Février  
tel: 05 28 82 19 82 - AGADIR

Pharmacie SEFRIHI  
Dr. Meriem SEFRIHI  
N°9, Bloc F Hay, Zaitoun Tizoune - AGADIR  
Tél: 05 28 29 09 39

Rendez-vous, le : .....

عمارة گمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تلبرخت - أڭادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول  
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73

# Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle  
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

إخلاصي في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

و الأمراض التناولية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أڭادير

09/12/2020

BEN 2 MAD SARA

une ce jour à la consultation

de dermatologue

5 = 200 DH



Rendez-vous, le : .....

عمارة گرمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تلبرخت - أڭادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول : 06.72.04.73.73  
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73