

## 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.

N° W21-767357

134336

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11023</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>IBENCHIKOUN IMANE</b>			
Date de naissance : <b>05-10-77</b>			
Adresse : <b>68, B.D Sidi Abderrahman. App. H. 11 Casablanca</b>			
Tél. : <b>06 46 18 91 21</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	Dr. El Houssine BENABDALLAH Médecine Générale 67, Rue Ibnou Nafis Mezairif Casablanca - Tél. : 06 66 89 69 19
Date de consultation : <b>15/10/2015</b>	Nom et prénom du malade : <b>IBENCHIKOUN IMANE</b>
Lien de parenté : <b>11 - Lui-même</b>	Age : ..... <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>P2 m/f</b>	
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**      Le : **15/10/22**

Signature de l'adhérent(e) : 



### 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
17/10/22	C	M. 4	154.00	INP : 1701085656 Dr. El HASSAN BENABDALLAH Médicine Générale Centre Unico Nafis Maârif Mâlaga - Tel. 05 66 89 69 19

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. El HASSAN BENABDALLAH Médicine Générale Centre Unico Nafis Maârif Mâlaga - Tel. 05 66 89 69 19	15/10/22	93.00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. El HASSAN BENABDALLAH Médicine Générale Centre Unico Nafis Maârif Mâlaga - Tel. 05 66 89 69 19			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

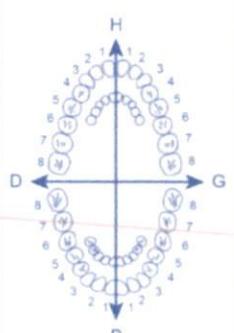
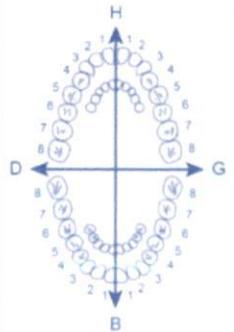
REDOUBENT

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]															
																			
																			
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
G																			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]															
				<b>DATE DU DEVIS</b> [REDACTED]															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [REDACTED]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur El Houssine BENABDALLAH

## Médecine Générale

67, rue Ibnou Nafiss (ex-Faucilles)

Maârif - Casablanca

Tél. : 05.22.23.54.41 - GSM : 06 66 89 69 19



الدكتور الحسين بنعبد الله

الطب العام

## 67. نقة ابن النفيس (فوسيل سابقاً)

المعاديف - الدارالبيضاء

الهاتف : 06.66.89.69.19 - المحمول : 05.22.23.54.41

## Casablanca, le

15 OCT 2022

الدارالبيضاء، في :

93.00

10 Jerome 1, 12th ay. 

- Egyenlőzetességek

LE 27.11.1954  
RÉG. LAANJAI BRIGITTE  
Hermann de l'Aéropart d'Asie  
2 bis. Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél: 59.88.36 - Casablanca

PPV 93DH00

LOT 15017 12  
EXP 11/2023

Dr. El Houssine BENABDALLAH  
Médecine Générale  
67, Rue Ibnou Nafiss Maârif  
Casablanca - Tel.: 06 55 29 69 19