

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.

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

N° W19-593912

135313

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 517

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH Belbaraka Abdellah

Date de naissance : 29/05/1946

Adresse : 76, 2^e grande Céinture Aén Dias
CASABLANCA

Tél. : 0664401446 Total des frais engagés : 502,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr H. Zine EL Abidin

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-faciale
Gsm : 06 63 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com

Date de consultation : 14 OCT 2022

Nom et prénom du malade : BENABDALAH BELBARAKA

ABDALAH Age : 76 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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) :



M 91 OCT. 2022

Le : 14/10/2022

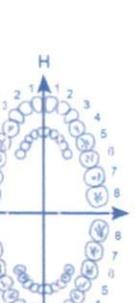
R ACCUEIL

I. BOUZACHANE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14 OCT 2022	CS		0	Dr H. ZIAH EL ALI, DENTISTE spécialiste en orthodontie et endodontie, Cervico-faciale Gsm : 06 63 69 10 10 E-mail : zeahouda@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourchisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. C. L. BONZONI - Cagliari	14/10/22	502,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
DR. J. L. L. D. A.	1988						

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 : <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"/>													
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	G															
25533412 00000000	21433552 00000000															
D																
00000000 00000000																
35533411 11433553																
B	G															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

دَة. هَدِي زَيْن الْعَابِدِينَ

طبيبة أخصائية الأنف - الأنف - الحنجرة

أمراض و جراحة :

الأنف و السمع، الأنف و جيوب الأنف

الحلق و الحنجرة الدوخة و الشخير

العنق و الغدة الدرقية

78,00

L 0 H 0
PER 04/25

78,00

78,00 - 78,00

دار البيضاء في:

75,50

11 Benaballah Belbarka Abilal

$$78 \times 4 = 312$$

- Betasore 1 ق = 2 ق. (x 2 mois)

75,50

- Xycet 1 ق = 1 ق (x 1)

115

- Avamys 2 pulv = 2 ق (x 1)

total = 502,50 M.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 648964
Barcode: 6 118001 142262

Dr H. Zine EL Abidine

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ

Oulfa, Mazola - Casablanca

Tél : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 091187294

Dr H. Zine EL Abidine
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ
Oulfa, Mazola - Casablanca
Tél : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10
E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 091187294

Dr H. Zine EL Abidine
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ
Oulfa, Mazola - Casablanca
Tél : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10
E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 091187294

100 شارع أم الربيع إقامة الأفق - مازولا - الدار البيضاء

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq - Mazola - Casablanca

Tél. : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com