

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.

M23-012105

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **517** Société : **165537**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENABOALLAH Abdelali**

Date de naissance : **29/05/1946**

Adresse : **76 Rue grande ceinture Alm Sias
CAYACARCA**

Tél. : **06 64 40 14 46** Total des frais engagés : **154,10 M** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **21/05/2023**

Nom et prénom du malade : **Benababallah Belbaraka Abdellah** Age : **77**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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 : **CAYACARCA** Le : **16 JUIN 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **CHU R ACCUEIL**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/05/2023 | C | 1 | Authol fr | Dr. N... MEDECIN ORLÉANS Cité Office 5 App. 44-5 Tél: 0522257821 0522257822 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE DE LA GARE</i> | 29/05/23 | 154,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES RADIOGRAPHIQUES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with upper teeth numbered 1 through 12. Each tooth is accompanied by a small symbol indicating orthodontic treatment: a circle with a dot for class I, a circle with a cross for class II, a circle with a horizontal line for class III, and a circle with a vertical line for class V. The teeth are arranged in a curve, with the first molar (number 1) at the bottom left and the second molar (number 12) at the top right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologue
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdité
vertige - Trouble de la voix

LOT: 350 / PER: 11 / 2025
PPV: 59,70 DHS

pie
Allergie

ROPROPO

Casablanca, le :



الدكتورة نوال نصيف

اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف
الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

الصم

صوت



LOT: M22141
EXP: OCT 2025
PPV: 45,50 DH

ORDONNANCE

29/05/2023

الدار البيضاء، في:

RENABDA LIA BelBARAKA ABDELALI

59,70

11

orofloropolis Roavue AS

45,50

2

Cataflam 50 AS

49,00

3

docivox 600 mg AS

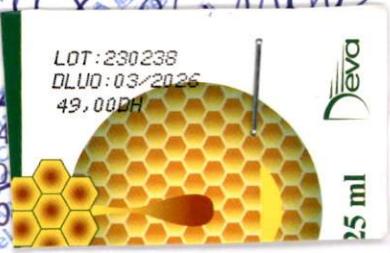
$\sigma = 154,20$

City office - 58 lotissement Missimi Étage 4 Appart 4

EN FACE MARJANE HAY HASSANI , ICE: 00

Tél.: 05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09 / 07.0

LOT: 230238
DLUD: 03/2026
49,00 DH



25 ml