

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **517** Société : **16 5538**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENABDALLAH Abdelali**

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

Adresse : **76 Bd grande Céinture Ain Tial
CAJABLA NA**

Tél. : **066 440 1446** Total des frais engagés : **400 + 405,10 = 805,10 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/06/2023**

Nom et prénom du malade : **Benabdallah Abdelali** Age : **77 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **CC**

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie : **Pathologie**

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 : **CAJABLA NA**

Signature de l'adhérent(e) : **Cheikh**

Le : **13/06/2023**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13.06.23 | CS | | 100 |  |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13.06.23 | 405,10 |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

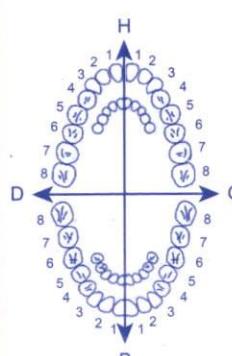
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | |
|---|---|--|-------------|---|
|  | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 |  |
| | D | 00000000 | 00000000 |  |
| | B | 35533411 | 11433553 |  |
| | | [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 | | | | |



بَشَّرْ أَنْزَارَانَ زَعْلَيْنَ

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

Casablanca le :

13/06/23

لِيفِي
راحة العيون
VII
نفيات باريس

PPV : 110,70 Dhs
Dorzolamide + Timolol

Flacon de / Bottle of 5 ml

6 118001 272273



Bernabé dallalch.

Abdelalch

110,70 x 3

1) Dorzinal, 5

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Bahia
Ain Diab Casablanca

1 gél x 2 f

à heure fixe

73.00.

6 gels

2) Vitadrop



405.10

1 gél, 1 à 2 f

RIM PHARMA
P.V.C
73.00 DH

au besoin



اقامة غبطة، 1 زاوية شارع بئر أنزاران و زنقة ابن سريج (قرب المسجد) الطابق الأول - البيضاء - الهاتف: 05 22 23 79 29 - المستجدات: 06 48 43 74 56

Résidence Ghita, 1 angle Bd Bir anzarane et rue ibnou souraij (milieu de la mosquée) - 1er étage-Casablanca - Tél: 05 22 23 79 29 - Urgences: 06 48 43 74 56