

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0021739

Optique *188245* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2651* Société : *R.A.M.*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *SAOUTI ABDELMAJID*

Date de naissance : *21/06/1959*

Adresse : *HAY NAWARAWNA R.D N°33 AIN CHOK*

CASABLANCA / MAROC

Tél. *06.61.71.42.90* Total des frais engagés : *22.67.00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *17/10/23*

Nom et prénom du malade : *Saouti Imane* Age : *22 ans*

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : *Rhinite*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : *25 DEC 2023*

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 : *20/10/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

g



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
11/10/23		C	300 Dh	 Dr. M. BENI SADOK MALADIES ALLERGIQUE Tél: 0522 90 77 88 M. DE. 091 026576

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHI 101 Bd ELQods Lot Mandara Rue 14 Inara 1 Anchok Casa Tel : 05 22 52 82 53	17/10/23	196700

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A vertical arrow at the top points upwards, and a horizontal arrow on the left points to the left. The letters 'H' and 'D' are at the top left, and 'G' is at the bottom right.

[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

Centre de l'Allergie et de l'Asthme

Adulte - Enfant



مركز الحساسية
والربو
الكبار والاطفال
حساس

Allergie :

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse

الدكتور بنيس محمد

Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :
Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUE
Tél: 0522 90 77 23
VILLE. 00100 Casablanca

29/7/10

symptome 24/7



149.00

1. hair



Ben Sene

marh.

250.00 + 2

staloral 250.



flam 300. = 2

21.00

febre 2



17.19670

Shanti e marjane

SYNTHEMEDIC
22 rue souhail bousfiha, agneau, reches
noires, casablanca
SYNTHEMEDIC TURUHALER
4001244 ar. 100, Dabiq, Casablanca
Flacon de 80 doses
1000 Dose INDO DABIQ PPV 297.000H
6 118001 020945

066505668
11/12/2022
Lot No:
FAB:
EXP: 11/12/2024
PPV: 149.000 DH

5 118001 195450

PHARMA STALORAL ACHIR
MAPHAR
Bd Alkima N° 6 Orl
Sidi Bennouzi, Casablanca
STALORAL 360 MT F10 ML SOL
Tél: 0522 52 82 53
SUBLING 360 MT F10 ML
P.V. 750.00 DH

(N:1)

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUE
Tél: 0522 90 77 23
VILLE. 00100 Casablanca

LOT : 4333
UT.AV: 05-26
PPV : 21DH00

5 118001 185450

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88

E-Mail : mohabennis@hormail.fr