

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 à joindre dans 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-573796

49.977

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 517	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENABDALLAH Abdelali		
Date de naissance : 29/10/1946		
Adresse : 76 B^e grande ceinture Avenue Fès Casablanca		
Tél. : 06 59 12 55 86	Total des frais engagés : 150+125 = 275	Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	Dr. OUBALKASS Hind MEDECINE GENERALE HANTANIMIA N° 42 1ER ETE SIDIRAHAL Tel: 05 22 95 94 10	
Date de consultation :	06/11/2020	
Nom et prénom du malade :	Benabdallah P. Belbala Ben Abdellah	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	HTA	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants : Date : 03 DEC. 2020		

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) : **C. M. S.**

ACCUEIL : **06/11/2020**

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
06/11/2020		245	180 dh	DR. OUBAL KASSI HIND MÉDECINE GÉNÉRALE N° 562 1ER ETE 1994 BAGHDAD 84696

EXECUTION DES ORDONNANCES

A circular blue ink stamp. At the top, it reads "Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur". The bottom half contains the text "Douar Houaoura", "Sidi Rahal", and "PHARMACIE AL OUM" arranged vertically.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

Dr. OUBALKASS Hind
MEDECINE GENERALE
Hay TANMIA, N°B42, 1^{er} Etg
SIDI RAHAL
Tél : 05 22 96 94 53



الكتورة أوبالكس هندر
الطب العام
حي تنمية، رقم : ب 42، الطابق الأول
سيدي رحال
ال تف : 05 22 96 94 53

ORDONNANCE

SIDI RAHAL, le : 06/11/2022 سيدى رحال، في

ن[°] Benabdallah Belkhalifa
Abdellah.

125.30

1/ Vaxigrip



Dr. OUBALKASS Hind
MEDECINE GENERALE
Hay TANMIA, N°B42, 1^{er} Etg, SIDI RAHAL
Tel : 05 22 96 94 53

