

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.

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.

La MUPRAS garantit le respect de
à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alliai R...

contact@mupras.com
mupras.com

Autorisation CNDP N°: AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-765725

133388

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 111136 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ID BOU GNOVN Yassine

Date de naissance : 30-11-74

Adresse : RA

Tél. : 0662345631 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin	
DR ELBENNA EL HASSAN PEDIATRE 04 FUSOKRATI N°05 SABAH Maarif - Casablanca Tel: 05 22 58 03 46	
Date de consultation : 11/01/2022	
Nom et prénom du malade : ID BOUGNUUN GHALI	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : fièvre	
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉSIF

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
03/02/2008	Ca	1	250	INR 1048611 L'ECOLE D'ORTHODONTIE DU GROUPE DENTAIRE EL MASSE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Aïchaaf Rue Sidi - Marrakech Casablanca Tel 0521 22 08	03/10/2008	103,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

ADHERENT

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'O.D.F

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

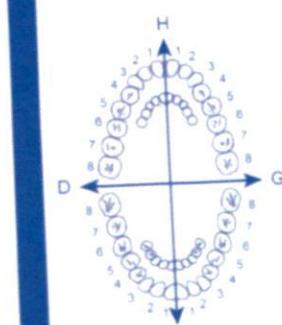
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
H	35533411	11433553
D		
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 03-10-22

Ahli Idhaoune

15,30

- Doliprane 500

25

55,00

* Amerilag

400 ml

25

pdt 22

Flagyl®

4%

dispensés

FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML
LOT : 22E009
PER : 02/2024
P.P.V : 32DH90
6 118000 060390

Madame BARTAL FATIMA
Nha Amnis Achiataf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tel : 0522 25 22 09

EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE CASABAH
Maârif - Casablanca
Tel : 05 22 60 03 46