

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

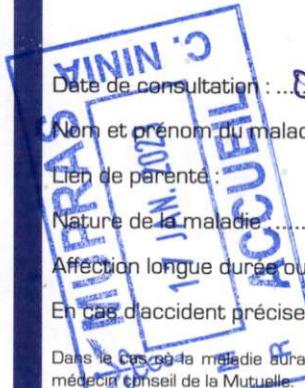
Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1450 Société : RAN 145296  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : EL-AZZAK AB DELKIRIM  
Date de naissance : 1950  
Adresse : 14, R. ATHÉNAIS 2 MAISON 100  
Tél. 2662343852 Total des frais engagés : 486.70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
Hanane BENJELLOUN  
Professeur Agrégée  
Pneumo-Pathologique  
Allergologue  
Date de consultation : 01/01/2023  
Nom et prénom du malade : El Azzak Abdellah Age : .....  
Lieu de parenté : El Azzak Abdellah  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : None Pathologie : .....  
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  
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 : 05/01/2023

Le : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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
02-01-2023		1	800	 Nadine BENJELLOUN Professeur Agréée pneumo-phasiatolog Allergologue

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Mme. TAZHNADIA</b> 3, Rue Abdesselam Khatabi Casablanca Tel: 05 22 83 02 75 / 05 22		 <b>486,70</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL) teeth 1 through 8, Upper Right (UR) teeth 1 through 8, Lower Left (LL) teeth 1 through 8, and Lower Right (LR) teeth 1 through 8. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The arch is oriented such that the 'H' axis is vertical and the 'B' axis is horizontal.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca.  
مصحة عين برجة الدار البيضاء

M. EL AZRAK ABDELKRI  
Né le : 01/07/1950  
  
CAB22L31155721

Casablanca, le. 01-01-2023

~~PHARMACIE LISBONNE NADIA~~  
~~SARL AU~~  
~~Mme. TAZ NADIA~~  
~~18, Rue Abdesslam Khatabi Casablanca~~  
~~Tél.: 05 22 83 02 15 / 05 22 28 93 76~~  
~~S.V.~~

338,00

Serétole 500 Dispers

Apres 50 & 26 en demande

10280

Bronchodial

6 118001 041060  
  
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose  
(Bromhydrate de fenoterol/Bromure d'ipratropium anhydride)  
Solutions pour inhalation en flacon pressurisé  
Flacon de 200 doses  
BOTTU.S.A.  
PPV: 102 DH 90

pas possible à la demande

à sa suite)

4580

Zadryl cp

100

à la demande



486,70

seulement 100

Hanane BENJELLOUN  
Professeur, Agrégée  
Pneumophtisiologue  
Allergologue