

## 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

N° W19-593908

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b> <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres</b>	<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b> Matricule : <b>517</b> <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <b>BENABDALLAH Abdelkader</b> Nom & Prénom : <b>29/05/1946</b> Date de naissance : Adresse : <b>76 Bd grande ceinture Km 01A CASABLANCA</b> Tél. : <b>06 64 40 14 46</b> Total des frais engagés : <b>332,90</b> Dhs
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Cadre réservé au Médecin</b> Cachet du médecin : 	Dr. OUDALKASS Hind MEDECINE GENERALE Hay TANIMI N° 1000 DR HABIB Tel. 05 22 96 94 53  Date de consultation : <b>14/12/2022</b> Nom et prénom du malade : <b>Benabdallah Abdelkader</b> Age: <b>76 ans</b> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : <b>Vaccination + formikkat de TI.</b>  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.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

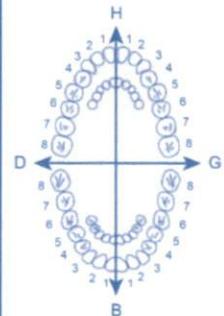
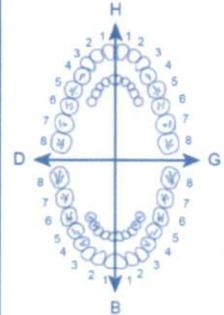
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : **CASABLANCA** Le : **14/12/2022**  
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
14/12/2022	CE 05	1.00		<i>Dr. J. P. TANIMA MEDECIN May TANIMA Tel.: 05 22 96 94 53</i> <i>INP: 061224978</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Cachet de l'PPSP</i> <i>Recu par Cassa 06.65.1156.70</i>	14/12/2022	188,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	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	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. OUBALKASS Hind  
MEDECINE GENERALE  
Hay TANMIA, N° B42, 1<sup>er</sup> Etage  
SIDI RAHAL  
Tél: 05 22 96 94 53



الدكتورة أوبلكاس هنر  
الطب العام  
حي التنمية، رقم: ب 42. الطابق الأول  
سيدي رحال  
الهاتف: 05 22 96 94 53

## ORDONNANCE

SIDI RAHAL, le : 14/12/2022 سيدى رحال. في :

Dr Benabdallah Zelbanaoui Abdellali  
28,80 x 2 = 57,60 A/ Vitamine C  
125,30 2/ Vaxigripp  
182,90 4 mg an SC

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Vaxigrip Tetra 16 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
6 118001 082247

Dr OUBALKASS Hind  
MEDECINE GENERALE  
Hay TANMIA, N° B42, 1<sup>er</sup> Etage  
SIDI RAHAL  
Tél: 05 22 96 94 53

Pharmacie de l'Essoufia  
Dourir El Barouda 22225570  
Km. 1 A Dar Bouazza  
Dakar Dakar Dakar Dakar Dakar Dakar

PPV 28,80  
LOT  
PER  
PPV  
LOT  
PER 28,80