

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

N° M21- 062264  
149925

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12300 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bachir Ghali

Date de naissance : 31/1/2022

Adresse : Résidance d'Avignon, Californie Casablanca

Tél. : 06 61 80 36 38 Total des frais engagés : 458 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Pédiatre Spécialiste  
A16, Aroud Capital Center Bd. Abdeloumen  
Anoual Entrée «A» Bir N° 9 - 1er Etage  
1300 Casablanca  
Tel. 05 22 88 37 27 - Cabinet 06 59 93 11 11  
Fax 05 22 88 15 32 - Mobile 06 63 05 28 12  
Ref. 00216541000045 - INPE 091023374

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bachir Ghali Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : 9/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHAUMERAIE 2023-02-14	14/02/23	158,76

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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.

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 12 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar at the bottom center and the second molar at the top center. A vertical line passes through the arch, representing the midline. The teeth are numbered as follows: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. The numbers 1 through 8 are on the left side of the midline, and 9 through 12 are on the right side. The numbers are arranged in a sequence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضرة بنعبد الرزاق  
احترافية في أمراض الأطفال والرضيع  
خريجة كلية الطب بلجيكا (بلجيكا)

CASABLANCA, le 07.02.2023

Nourrisson BOUTALEB Ghali

Age : 13 mois 4 jours

Poids : 12,00 Kg

D:651053 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH  
6 118001 140923

139,20  
1 1 PRIORIX pdre/solv p solv inj : Fl+Ser/0,5ml

19,50  
2 UVEDOSE 100 000 UI sol buv : Amp/2ml

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
6 118001 185030

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Pédiatre Spécialiste  
416, Anoual Capital Center, Bd abdelmoumen  
Angle Bd Anoual Entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage  
Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet : 06 59 93 11 11  
Fax : 05 22 86 15 32 - Urgence : 06 63 05 28 12  
E-mail : 0522864102045 - INPE : 091023374  
ICP : 0200554102045

PHARMACIE MAPHAR  
Tél : Fax : 022 86 37 27  
BEL AÏDO  
L'herbier  
22, Rue Lamenais France - Ville 11  
Casablanca

Casablanca, le -----

416, أنوال كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد  
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11  
— benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — المستعجلات : Sur rendez-vous —