

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)

UPRAS 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.

**PRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

N° W21-653950

161557

Maladie

Dentaire

Optique

AI

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2083

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARICK MOUAMED

Date de naissance :

05-01-1964

Adresse :

5- Rue Léonard S. Vincenzo - Ab għad

El n-halli

Tél. :

067746960

Total des frais engagés :

60978

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/07/2017

18/07/2017

18/07/2017

Age : 1947

Nom et prénom du malade :

MAHDIA

MAHDIA

MAHDIA

Age : 1947

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MAHDIA

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 18/07/2017

Signature de l'adhérent(e) :

MAHDIA

MAHDIA

MAHDIA

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			18/05/2023 530000M	INP : 9103855

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHAIL</i>	15/01/18 123	309,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Achat et signature du protocole 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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de

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"/>															
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
				<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'EXÉCUTION

*Dr BOUTALEB Younès*

الدكتور بوطالب يونس

## Médecin Spécialiste

طبیب اختصاصی

O. R. L

في أمراض و جراحة الأنف والحنجرة والأذن

## Chirurgie Cervico Faciale

## جراحة الوجه و العنق

## Diplômé de la Faculté de Montpellier

خريج كلية الطب بمونبولي

## FRANCE

## Ex. Attaché des Hôpitaux de Montpellier

بفرنسا

Ex. Assistant des Hôpitaux de Paris

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, Je

2023 / 05 / 22 فی  
محلہ: ہے 12

الدار البيضاء في

1201173 SAGA

DANIEL

unido

A large, circular blue stamp with the letters 'IAS' in the center. A handwritten signature 'J. S.' is written over the stamp.

47,80

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79.00 DH

4

1919

1-2

87

LOT: 220808  
BLUO: 11/2025  
87.00DH

96,00

961  
209188

46. Bd Ali YATAA - SMARA Hay Mohammadi ( entrée Dar l'Amane ) Casablanca - Tél : 05 22 61 51 51 - Fax : 05 22 61 52 52