

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.

M23-0016617

1876W1

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12300

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boutaleb Ghali

Date de naissance :

03/01/2022

Adresse : Résidence d'Avignon, Californie, Boulavant
La Recque Casablanca

Tél. : 06 61 80 34 38 Total des frais engagés : 675 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : Boutaleb Ghali Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

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
30/11/2023	CS		300,80	<i>[Handwritten signature and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature and stamp]</i>	30/11/2023	175,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

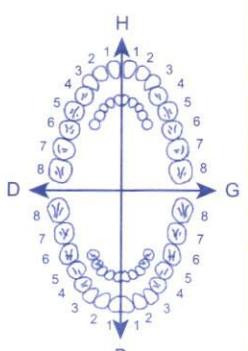
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 30.11.2023

Nourrisson BOUTALEB Ghali

Age : 22 mois 27 jours

Poids : 14,20 Kg

1 COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg suppos : Film/10

1 suppo le matin et le soir, pendant 3 jours.

2 TABUNEX

1 pulvérisation dans chaque narine matin et soir pendant 10 jours

3 INHALER SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 7 jours.

4 ZYRTEC SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le soir, pendant 15 jours.

5 BÉTASTÉNE GOUTTE

Prendre 140 gouttes le matin, pendant 3 jours.

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
Pédiatre Spécialiste
116, Anoual Capital Center Bd. Abdelloumen
Arg. B, Entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage
Tél. 05 22 86 37 27 / Cabinet 06 59 93 11 11
Fax 05 22 86 37 27 / Cabinet 06 59 93 11 11
loc. 001.063541000045 - INPE 091023374

Dr Hanane BENKHADRA

Casablanca, le -----

أتوال كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أتوال 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^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — **المستعجلات : 06.63.05.28.12** — **Sur rendez-vous** —

~~27,40~~

16,30

Nº Lot:

Fab.:

Per.:

3UW924
04/2023
04/2026

PPV: 102,10 Dhs

LOT : 3586
PER : 04 - 25
P.P.V : 30 DH 00