

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



Déclaration de Maladie

M23-0016618

187643

☐ 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, Blvd la Mecque, Californie Casablanca
 Tél. : 0661803438 Total des frais engagés : 453 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/11/22
 Nom et prénom du malade : Boutaleb Ghali Age:
 Lien de parenté : ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



| RELEVÉ 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 |
| 21 | 5 | | 300,00 | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie Jawhar BELMAÏE - S. Dr. Jawhar 800 LAMARCAIS France Ville M et Ex - 94 08 34 - Casablanca | 21/11/23 | 153,60 |
| INPE:09203540 | | |

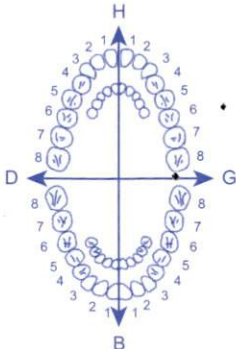
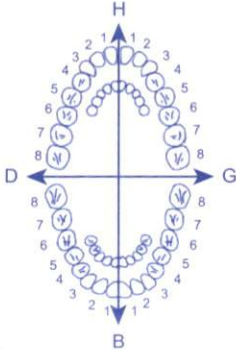
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>H</p> <p>21433552 25533412</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>G 00000000 00000000 D</p> <p>11433553 15533411</p> <p>B</p> </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

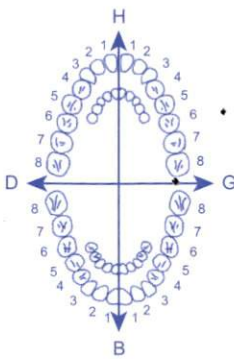
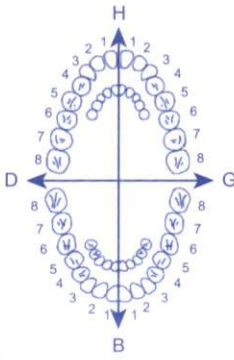
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 | | | |
|---|--|--|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | |
|  | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | <input type="text"/> | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

الذكورة حنات بنخضراء بنعبد الرازق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 21.11.2023

Nourrisson BOUTALEB Ghali

Age : 22 mois 18 jours

Poids : 14,10 Kg

18.50
1 ARSENICUM ALBUM 15 CH

5 granules le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

18.50
2 CHINA 9 CH

5 granules le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

99.00
3 NURSIE AD

17.60
4 PRODEFEN SACHET

Prendre 1 sachet le matin, pendant 10 jours.

5 VOGALENE GOUTTES

40 GOUTTES TOUTES LES 8 H PENDANT 2 JOURS



Pharmacie Jawahir
BELHABIB - S.
Dr. en Pharmacie
102, Rue Lemaux France Ville II
Tél et Fax : 06.00.34 - Casablanca

PRODEFEN
Complément alimentaire
PPC : 99 Dhs

Lot : 129094
Date de Fab : 03.2023
Date de Pér : 03.2025

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
Pédiatre Spécialiste

153,60
14C, Anoual Capital Center Bd. Abdelmoumen
Angle Bd. Anoual Entrée «A» Bur N° 9 - 1er étage
Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet : 06 59 93 11 11
Fax : 06 22 86 15 32 - Urgence : 06 63 05 28 12
ICE : 00206364100000 - INEF : 001000

Casablanca, le -----

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

الموعد - 05 22 86 37 27 : الهاتف - 9 : الطابق الأول - المكتب رقم 9 : الطابق الأول - الموعد

— benkhadranan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 : المستعجلات — Sur rendez-vous —