

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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- N° 0033490

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2651

Société : R-077

PR4FRDS/V2/20-10-2023

Actif

Pensionné(e)

Autre :

198200

Nom & Prénom : SAOUTI Abdellmajid

Date de naissance : 21/06/1959

Adresse : 104 MANDARINA R.SA N°33 ATN CITAOK

Tél. : 0661714290

Total des frais engagés : 2017,96 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/02/24

Nom et prénom du malade : saouti yassine Age : 15 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rhinite

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 : CRISTAL

Le : 20/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/02/24	C	300 Jh		Dr. M. BEN AYAD MALADIES ALLERGIE TEL: 0522 98 71 88 INPE: 00102527

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101 BD EL OUDS LOT MANDARONA RUE 14 INARA 1 AIN CHOK CASA TEL: 05 22 52 82 53 INP: 92001387	20/02/24	1717.96

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points to				

Centre de l'Allergie

Doss/123- 0033490



Et de l'Ashtme

Enfant

PPV: 111 DH 30

مركز الحساسية

والريو

الكبار - الأطفال

حساسية :

- الحنجرة والأذن والأذن
- الجهاز التنفسى
- الجلد
- الغذائية
- الأدوية

الدكتور بنيس محمد

Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : 20/2/24 الدار البيضاء، في :

111,304212, Sond



Saouli Yassine

Maphar
Bd Aklimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
STALORAL 300 IR/ML SOL
SUBLING 360 MT F10 ML
P.P.V : 700,93 DH

6 118001 185450

700,93 x 2

staloral

flacon 3ml x 2

45

3mls

93,50

otosan



41

171796

DR. M. BENNIS
SALADIES ALLERGIQUES
TEL: 0522 90 77 88
TÉL: 05 22 52 82 33
INP: 92001388



Office 10-11, Bd. Moulaya - Oulfa - Immeuble Marjane Market
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88

E-Mail : mohabennis@hormail.fr

PHARMACIE ACHIR
101 BD EL OODS LOT MANDARONA
RUE 14 INARA 1 AIN CHOK, CASA
TEL: 05 22 52 82 33
INP: 92001388