

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM IDRIS

Date de naissance : 18/02/1950

Adresse : 7, Rue d'Aquitaine à Bruxelles

Tél. 066247089 Total des frais engagés : 2077,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AZIZ Siham
Professeur de l'Ecole Supérieure de l'Epargne Diabétologie - Nutrition
Endocrinologie Métaboliques - Nutrition - Tel: 0522 85 02 20 - Mail: shabelaziz@yahoo.fr

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENSALEM IDRIS Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OïADETE

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 : 5/10/2022

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
05/10/2022	CS	310,00		Dr. EL Aziz Siham de l'Enseignement Supérieur Diabetologie - Maladies S - Nutrition 0515744543 www.siham-med.com fr

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRAMILÉ 35553683-B CE: 0020-0522-2 10-12-2022	05/10/22	1727.10

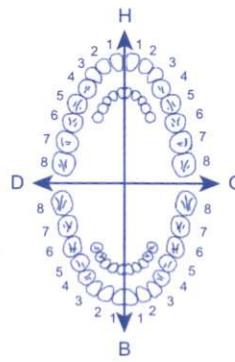
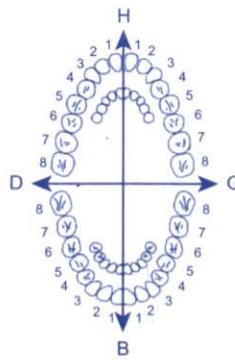
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			35533411	11433553	B	00000000	00000000	G		
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
		35533411	11433553																	
B	00000000	00000000																		
G																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. EL AZIZE SIHAM

N° : 2210051141266930 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22A13106	BENSALEM IDRIS	05/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

مصحة الاختصاصات الشفائية

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Laheen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

PHARMACIE CAMILLE SARLAU

29, Avenue Hassane Souktani

Docteur : Casablanca Casablanca, le :

T.P : 35553688 - RC : 521287

ICE: 002831126000060

Tél: 0522 27 17 07

A. BENSALEM Onss

390,00 x 3

1) Galvanonel 50/1000 ml



le up x 2 l

mehr

- 85 -

2 mes reçus -

2) crespr 10 ml

le up ion emein

x 305 apes

1727.10



Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar

Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar

Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boite de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boite de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boite de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH