

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1700 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENJERA HASSAN

Date de naissance : 20-06-1956

Adresse : 64 HAJ FATH S OULFA CASA

Tél. : 0664.162105 Total des frais engagés : 738.82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.11.22

Nom et prénom du malade : BENJERA HASSAN Age : 66

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome prostatique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

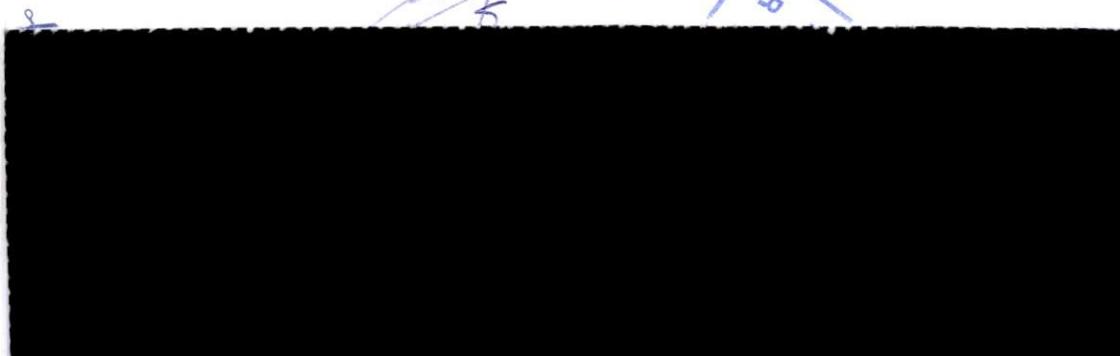
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 23.11.2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/11/22 | ? | | 200,- |  Dr. Hassan Al Mhamri Surgeon Urologist 054 30 60 73 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  STEPHARMEX CASABLANCA Lotte Hajjatet Rue 6 N° 3 lot 54 Casablanca - Tel: 0522 93 10 28 | 24/11/22 | 438.80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

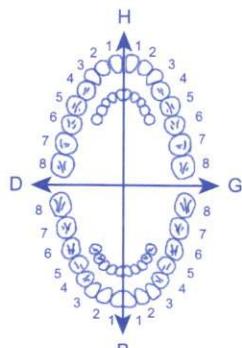
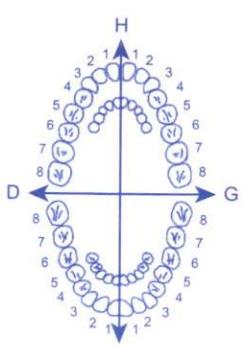
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table 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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | Coefficient des travaux |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date du devis | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CONTIFLO® D



NTIFLO® D

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

ITIFLO® D



CONTIFLO®



one.

إختصاصي سابق
في مستشفيات قوال ديبرون، برشلونة.

Benjema

Hammam



① Contifl 0,4mg \rightarrow 3ml

~~109,70 X 4
438,80~~

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lots. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Dr Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél: 06 75 51 80

le 21-11-22)

344 Boulevard Oued Eddoura, Haj Fateh, 2^{ème} Etage
(en face mosquée haj fateh), Oulfa - Casablanca.

Tél.: 05 22 89 88 60 - Gsm : 06 75 51 80 75 - Email : iy72@hotmail.com