

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-791581

156555

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>00000</i>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Benni Sohe</i>			
Date de naissance : <i>26/01/1967</i>			
Adresse : <i>Residence le Jardin du Beau 2</i>			
Tél. : <i>06 62 28 66 86</i>	Total des frais engagés	398 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Hassan BEN YOUSSEF C. 0522292423			
Date de consultation : <i>05/04/2023</i>			
Nom et prénom du malade : <i>J. Benni</i>			
Age: <i>56</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Benni</i>			
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 : *Centre Allal Ben Abdellah* Le : *07 AVR. 2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Sohe*



### 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
05/04/2023	C =	200 DT		INP : 0511752468 DE LA MAMMA DE LA MAUVE RICARDO JUZZA 24.23

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 052099639	05/04/2023	198,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Hamza BENJABBOUR

Lauréat de la Faculté de Médecine

de Casablanca

Ex. Médecin à l'hôpital El Hassani  
et au service des urgences

Médecine Générale

Echographie - ECG

Radiographie Numérique



# الدكتور حمزة بنجبور

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الحسني

وقسم المستعجلات - الألفة

الطب العام

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

التصوير الرقمي بالأشعة

Casablanca, le 05/04/2023

14,80

15,80 VIT C 1

17,00

⇒ duloxetin 50 mg Jour au Delipramine

10,40

88,00 Saffir 3 g

10,20 Thé 7 g

Fitopodus 50g

Thé + 2 g

198,10

Dr. Hamza BENJABBOUR  
Omnipraticien  
N° d'Azemmour Km 19 Immeuble "C"  
Centre de Santé Bouazza  
Tél: 05.22.29.24.23

طريق أزمور كلم 19 عمارة «س» مركز دار بوعزة، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 24 23  
Route d'Azzemour Km 19, Immeuble C Centre Dar Bouazza, Casablanca - Tél.: 05 22 29 24 23

PPV 15 DH 80  
FER 12 / 25  
LOT L 3920



VITAMINE C 1g  
Boîte de 10 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,80 DH

6 118000 190929

PPC : 79,50 DH  
A consommer  
de préférence avant le : 02/2025

220221

PPV 88DH 100  
FER 11-25  
LOT L 3616