

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve
 Nom & Prénom : JAGHJOURCH ZOHRA vive et 45
 Date de naissance : 1941
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0661749545 Total des frais engagés : 1066,3 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 02/10/2023
 Nom et prénom du malade : JAGHJOURCH ZOHRA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : hypertension artérielle + Diabète II + ballon abdominal
 En cas d'accident précisez les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les engagements sous 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 à caractère personnel.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Zohra

VOLET ADHERENT



05/10/2023

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
02/05/2013 03/05/2013 03/05/2013	C1 G G	900 Dhs Gastro	INP : INPE:06130071 Dr. BETTAH Acnraf Médecin Générale Ed Oued Sadaou Oulfa Casablanca 06 44 22 66 54	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Quai d'Orsay Générale Montparnasse 14, Rue 80 N36 Tél 06 55 00 54
PHARMACIE SCUFIANE I.C.E : 000500246000026 Groupe K, Rue 13, Casablanca EL Oufia - Casablanca Tél : 05 25 25 09 63 000500246000026	62105193 8/5/2023.	622,10 244,23

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000																		
35533411																		
11433553																		
G																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>														

ORDONNANCE

Cachet du médecin

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued l'Assaout, Rue 30, N36
Quita - Casablanca
Tel : 06 45 55 06 54

A Casab, Le : 08/05/2003

Mme JAGHJOURH ZOHRA.

31, Yod 3.

1). Omiz 20 my

1 gélule/j pdt 03 mois

SV

+ = 244,80

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued l'Assaout, Rue 30, N36
Quita - Casablanca
Tel : 06 45 55 06 54

PHARMACIE SOUFIANE
Groupement, Rue 30, N° 23/25
El Oued - Casablanca
Tel : 06 22 82 09 63
ICE : 000500246000075

81,40

81,40

81,40

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL OUAZAN CASABLANCA
Tél. : 05 22 89 29 63

I.C.E : 000500246000026

INPE: 092054428



ORDONNANCE

Casablanca, Le :

02/05/2023

o Mme JAGHJOURH ZOHRA.

28,00 x 6 1). Glucophage 1000 mg

(AS)

78,70

44,70

68,90 x 3

55,00

69,00

T = 622,10

(AS) Rep x 2 j pdt 03 mois

2). Diamicron 60 mg

Rep 1j à midi pdt 03 mois

3). Fludex LP

Rep 1j pdt 03 mois

4). Eschaltit

Rep 1j le matin pdt 15 jour

5). Fendax

Rep x 3 j pdt 10 jour

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

58,90

(50X20X114) mm

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

58,90

(50X20X114) mm

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

58,90

(50X20X114) mm

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

COOPER PHARMA
PPC: 55,00 DH

A

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

L 3295
P: 03/26
PPC: 69.00 DH

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

10012200097
FEB 1 / 2025
PPV 78.00 DH

78,90

242600060-02

44,70

242600030-02