

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-801403

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12640 Société : 12640
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENJELLOUN REDA A 68625
 Date de naissance : 02/02/1990
 Adresse : 75 bis allée chant des oiseaux hermitage Casablanca
 Tél. : 062762363 Total des frais engagés : Dhs

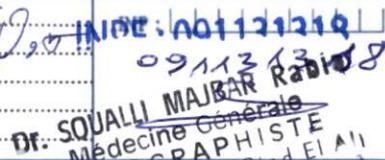
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/05/23
 Nom et prénom du malade : BENJELLOUN REDA Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Gastrite enférée
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

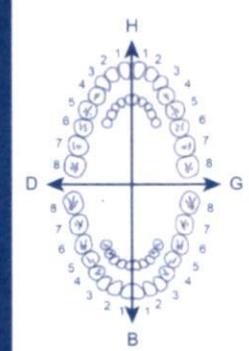
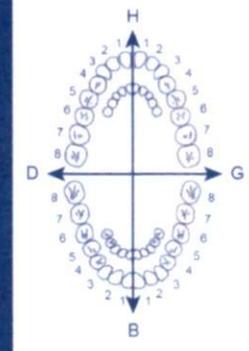
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
26/05/23	CHK	2	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/23	184,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/05/23	B.250	250,00 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="checkbox"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VOLET ADHERENT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dios...ite

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40
118000 011460



الدركتورة الصقلي مجبر ربيعة
الطب العام
دبلوم في التشخيص العلمي بالصدى
من كلية الطب بمونبولي
التغذية - علاج السمنة

Casablanca, le 12/05/23 في الدار البيضاء

Benjelloun Presta

PHARMACIE
SOUJALI MAJJAR RABIA
778, Bd. Mohammed Keita
Tél: 05 22 82 65 24 - Casablanca

1) Apazide cp
2cp x 2j' sur R

52.40



2) Sumatra sachet
sachet x 2j' sur R

32.80



3) Penicilins cp
1cp x 3j' sur R

98.80

4) Neofakam cp 160mg
1cp sur R

184.0

S.V.
Dr. SOUJALI MAJJAR RABIA
Médecine Générale
ECHOGRAPHISTE
Bd. 2 Mars - Riad El Ali
19.65 - CASABLANCA

Dr. Squalli Majbar Rabia

Médecine Générale

Echographiste Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier
Nutritioniste - Obésité



الدركتورة الصقلي مجبر ربيعة

الطب العام

دبلوم في التشخيص العلمي بالصدى
من كلية الطب بمونبولييه
التغذية - علاج السمنة

Casablanca, le 12/05/23 في الدار البيضاء

Benjaloun Fesal

1) TSH



Dr. SOUJALI MAJBAR Rabia
Médecine Générale
ECHOGRAPHISTE
Bd. 2 Mars - Riad El Ali
252.52 - Casablanca

NOTE D'HONORAIRES

FACTURE A MR BENJELLOUN REDA
 DATE 26/05/2023
 FACTURE N° 310 444

Nomenclature	Cotation	
TSHµs.....	B 250	
Total B :	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">250</div>	
Total Dossier (dhs) :		250,00

Arrêtée la presente facture à la somme de : Deux Cent Cinquante Dirhams.

