

**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 : **8931**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**Khalil WAFAA**

Date de naissance :

**20/01/1966**

Adresse :

**Habituelle**

Tél. : **0613347650**

Total des frais engagés :

**3586,70 + 700 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Docteur Malika ENNAB**  
MEDECINE GENERALE  
Capital Centre Entrée B - N° 8  
Boulevard Abdellah - Casablanca

Date de consultation : **29 MAI 2023**

Nom et prénom du malade :

**n° Khalil wafa** Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

**maladie HTA + Panique + Bronchite**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **40 / 05 / 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
29 MAI 2023	Ca		200,00 HT	Docteur Malika ENTAL MEDECINE GENERALE ital Centre B - N. rd Anouar - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Fourneau	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MERLET</b> Nouvelles Pharmacie Casa Dacca - 122 86 05 70	29/5/23	3586,75 ONE

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN : INTERNAUTE

Docteur Mal 78/70

MÉDECINE GÉNÉRALE

Clinique Nutrition

D.I.U Echographie

Mesotherapie

6 118001 031092

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

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bneu al aquam roches

noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Bottle 14

640/50MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH

6 118001 020591

EMEDIC

zoubir bneu al aquam roches

casablanca

M

Cp GR

P/21NRQ P.P.V : 82,10 DH

6 118001 020591

noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Bottle 14

640/50MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH

6 118001 020591

Cp GR

Casablanca le ..... 29 MAI 2023

N° KHALIL Wafa

8210

X3: INEXIUM 20mg HT Jealous

2 GALVUS Net 1000

39000

- Biamicum 60mls

7820

X4: - IRVEL 150 mg HT

19000

27 1cp x 1T 1mkt 1500

HT 1500

3 mlt

13500

- ACCU-CHEK TGT HT

18000

- AUSMEEDE 19 S. HT

18000

- BRONCHOKOD 1500P. HT

18000

- CASA 1C HT

Capital Centre

203 Angle Bd, Anoual et Abdelmoumen

1er Etage N°1, Imm B Casablanca

كابطال سنتر

زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال 203.

الطابق الأول الشقة رقم 1 العمارة ب - البيضاء

Alora S mes

7860 11/11/2024

X 12 Peroxate 20 N°122/14/2024

8372 - stews 11 JAB 15/11/2024

17

BON

X 9.

58670

PHARMACIE MERIEUX  
Noureddine IBA  
Doceur en Pharmacie  
311, Bd Abdellmoumen C  
Tel.: 05 22 86 05 70

Docteur Malika ENNAF  
MEDECINE GENERALE  
Capto Center, Entrée B-1  
Boulevard Hassan II

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 "118001 140237

SmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
gion de Rabat  
V: 83,70 DH  
001"140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 "118001 140237

SmithKline Maroc  
El Acuda  
n de Rabat  
33,70 DH  
1"140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 "118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 "118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 "118001 140237

LOT : 190036  
EXP : 06/2024  
PPU : 13,00DH

LOT : 190036  
EXP : 06/2024  
PPU : 13,00DH

LOT : 190037  
EXP : 06/2024  
PPU : 13,00DH

LOT : 190036  
EXP : 06/2024  
PPU : 13,00DH

LOT : 190037  
EXP : 06/2024  
PPU : 13,00DH

12900

=> x 6 Ged

PPU: 126,30 DH  
LOT: 651609  
PER: 01/25

LOT: 1173  
PER: 12/24  
PPV: 22,90 DH

↓  
2x6ed

PRC: 135,00 Dh

=> x 2 Ged