

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M23-003862

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543 Société : Retraite (RAM)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAOUFI Bouchaib

Date de naissance : 12-05-1980

Adresse : 240 Bd Al Jawlane Sidi MIA II

Tél : 0674370077 Total des frais engagés : 150 1618 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2020

Nom et prénom du malade : KHAOUFI Bouchaib

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique

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 : 01-12-20 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Bouchaib

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

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
26/01/2023		1	50	

26/10/2015 1500

INPE:091143115

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE FADILA-CASABLANCA Mme. FILALI GUENNOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Jouhar Salmia 2 - Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE : 092115854000092 INPE : 092004506</p>	26/10/23	1618,30

ARMACIE FADILA-CASABLANCA
me.FILALI GUENNOUN Ibtissam
226, Boulevard Al Joudi
Salmia 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 38 01 47
ICE : 092115854000092
INPE : 092004506

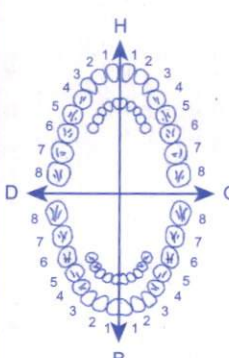
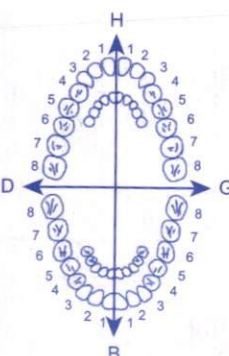
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature des soins pratiqués 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																
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ZOURGANNE Fatima

MÉDECINE GÉNÉRALE

Certificat de Planification Familiale
(DIU)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji

Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02

Casablanca

الدكتور زركان فالحة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة

(تركيب اللولب)

الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز

الصحي ابن طفيل

طبيبة معتمدة لتسليم رخصة السياقة

345, شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

Casablanca, le 26/08/2023

KHAOUA Benchaoud

13830 24 August 2023

185,00 24 August 2023

75,00 24 August 2023

10,30 24 August 2023

24 August 2023

180,00
x 3
540,00

23

Fluoxet 20 M3

4's

1 boîte de 20 M3

19,70

64

Aparite 200

4's

2 boîte de 200

140,00
x 2

280,00

74

200 M3

4's

1 boîte de 200

1618,30

BOURGANE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdallah
Hay El Farah
Tel.: 0522.81.150
0527.10.7

PPV: 138,30 DH
LOT: 650242
PER: 05/24

LOT: GB21620
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

PHARMACIE FADILA CA
Mme FILALI GUENNOU



226, Boulevard Al Jouhar
Salmia 2 - Casablanca
Tel: 05 22 38 01 47

ICE: 002115614000092
I.N.P.E: 00004506

LOT: GB21620
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

LOT: GB21169
PER: 05/2024
PPV: 185 DH 00

LGT: GA20233
PER: 03/2024
PPV: 75 DH 00

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 220837
PER: 11-2024
PPV: 140,00DH

LOT 223973 1
EXP 11-2025
PPV 180,00

LOT 230892 1
EXP 08-2026
PPV 180,00

PPV: 10DH30
PER: 10/25
LOT: L3387

010101 101
02/20 03/20
02H061 Add

LOT 223871 1
EXP 14-2025
PPV 180,00