

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 : HGT3

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNOUNA Nadia

Date de naissance :

08-02-1953

Adresse :

B.P. 4002 Darb Selmani et Fida Darb

Sidna Casablanca

Tél. : 0661215936

Total des frais engagés : 664,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du médecin :

Dr. BENNOUNA Nadia, Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pneumopathie, Date : 27/06/2023

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 : Casablanca

Le : 22/11/2023

Signature de l'adhérent : Bennouna

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
22 Nov 2023		2		ANOUNA Nadia Physiologue Casablanca Signature * Prénom Nom * M.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NABIN PHARMACEUTIQUE	22.11.23	114,94

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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															
					Coefficient des travaux														
					Montants des soins														
					Début d'exécution														
					Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">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;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		B		35533411		G	11433553	Coefficient des travaux
H	21433552																		
25533412	00000000																		
D																			
00000000																			
B																			
35533411																			
G	11433553																		
					Montants des soins														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis														
					Date de l'exécution														

ROYAUME DU MAROC
Ministre de la Santé et de la Protection Sociale
Région de Casablanca-Settat
Délégation de la Préfecture des Arrondissements de Ben M'Sik
Centre Diagnostic de Tuberculose et Maladie Respiratoire



المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
جهة الدار البيضاء - سطات
مندوبيّة عمالة مقاطعات ابن مسيك
مركز التشخيص لداء السل والأمراض التنسجية

22 Nove 2023

Heme BELFAKIR R Bus

126,30
① Augmentin Sams
61,50 ✓ + 31,70 X 464,40
② Dolné 15 ✓
82,50 1cp à je
③ Venodyl gel 21 ✓
49,60 1app X
④ D-cure forte 4 semaines
144,00 Tauf / fémoral
⑤ Reciper 10mg (cp à jeun) 106,289

PHARMACIE NABILA
Dr. BENADJINA Nadia
pneumoniste Casablanca
EDTMR Ben M'sik

RESPECTER LES DOSES PR

PPV: 126,30 DH
LOT: 652140
PER: 04/25



Fab par :
IL INDUSTRIES LIMITED
Tehsil Paonta Sahib,
Himachal Pradesh, Inde

par :
S MOROCCO LLC
170, Casablanca

PPV: 144 DH 50

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

PPV: 61DH50
PER: 07/26
LOT: M2395+2



V VF76 0526 YL

LOT PER

Prix

82.50

PPV: 49.60 DH
LOT: 23G11
EXP: 07/2026

12