

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

M22- 0007043

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2493	Société :	A S I U
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	191487
Nom & Prénom :		SABIR ABD ELLAIA	
Date de naissance :		01-01-1914	
Adresse :		EL NOFIK 3 Rue BD n° 42 de la gare	
Tél. :	0662704934	Total des frais engagés :	531,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>Dr BENNANI YOUSSET</i> Hépato-Gastro Entérologue 52 Bd Sidi Abderrahman, Casablanca Tél 0522362416		
Date de consultation :	09/01/2024	Nom et prénom du malade :	SABIR ASDEYAA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 74 ans
Nature de la maladie :	Constipation		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : *E. J.*



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
09/01/24	LS		3.00	

A rectangular stamp with a blue background. The text "Pharmacie Bourguiba Fréha SARL AU EX" is curved along the top edge. In the center, it says "Cachet du Pharmacien ou du Distributeur". Below that, it has the address "N° 299 Rue El Oulfa Casablanca" and the date "20/01/2001".

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie D'ouïfa N° 299 Rue 6 El Oued El Oued Casablanca Tunisie	09/01/2024	231,50



092021773

CHARTERS - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

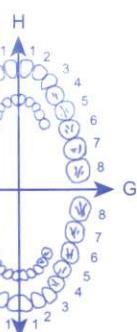
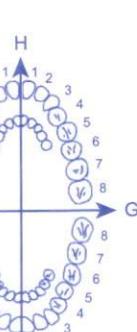
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	D	B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G															
D	B															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr BENNANI Youssef

Hépato-Gastro-Entérologue

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et de Rouen

Echographie - Endoscopie digestive et interventionnelle

CPRE - Echo-endoscopie

ORDONNANCE

Le 09/01/24.

M. SABIR ABABILAOUD

(73,50 x 2)

1/ FORLAX

S.V

1 à 2 sachet / le matin

dans 1 grande tasse d'eau

à 3 mois

84,50
€

ZETALAX

S.V

1 micro-Lavement le soir si

tous les 2 à 3 jours sa constipation persistante

T: 231,50
Pharmacie Dounia Erana SARL AU
299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca
15800

Pharmacie Dounia Erana SARL AU
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca

Dr BENNANI Youssef
Hépato-Gastro Entérologue
62, Bd Sidi Abderrahman, Casablanca
0522362416

16

maphar



Boulevard Aïn Mââ n°8

Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73,50 DH



6118001181193

maphar



Boulevard Aïn Mââ n°8

Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73,50 DH



6118001181193

LOT : A64896
Exp : 05/2026

Lot : 042
À utiliser de
préférence avant le : 11/2027

PPC : 84,50 DH