

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12277	Société : DA		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEN BG LAID Daenia
Nom & Prénom : BEN BG LAID Daenia		Date de naissance : 1975	A99087
Adresse : Habtielle		Télé. : Habtielle	Total des frais engagés : 627,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	Ben BG LAID PR ouia		
Nom et prénom du malade :	Ben BG LAID PR ouia		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dr HABIBI DA 09/03/2024		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	ACCUEIL KH		
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
Signature de l'adhérent(e) :

Le : **13/03/2024**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
29.02				INP : 091071001
2024	C3	act	400 700 DH	DR. MAY HABIB INTERNAZIONALI 000021

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cabinet de PHARE ou pharmacien	Date
ARMERIE DU PHARE TÉL : 009830976000039 Avenue du Phare - CASABLANCA TÉL : 0522268619 - Fax: 0522 223221	29/12/24
ARMERIE DU PHARE TÉL : 009830976000039 Avenue du Phare - CASABLANCA TÉL : 0522268619 - Fax: 0522 223221	Montant de la Facture 227,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	INP : <input type="text"/>
				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"/>
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \qquad\qquad\qquad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine

de l'Université de Bordeaux II

Professeur Agrégé

MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

SAUF le lundi toute la journée, le mardi matin
et le samedi après midi

الدكتورة مي حاجي
شهادة الدولة في دكتوراه الطب

من جامعة بوردو ١١

أستاذة مبرزة

الطب الباطني

أيام و أوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحا الى الثانية عشرة زوال

و من الثانية بعد الزوال الى الخامسة بعد الزوال

ماعدا يوم الاثنين كاملا و يوم الثلاثاء صباحا

و يوم السبت بعد الزوال

29.02.2015
الدار البيضاء، في

Casablanca, le

48,00
44,80 X 4



RENSBERLAID

Dounia -

Dim A 20 L

10 leq

2

Cerepines

met. 5

2

Cerepines

le 001 -

2 weeks

22.7.15



120 شارع مولاي إدريس الأول - الطابق الثالث - رقم 7 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 13 / 05 22 86 37 78 - الفاكس : 05 22 86 38 13
120, Boulevard Moulay Ismaïl - 3ème Etage, N°7 - Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca - Tél: 05 22 86 37 78 / 05 22 86 38 13 - Fax: 05 22 86 38 13

INP : 091071001 - ICE : 01702702000002 - Patente : 36350035 - IF : 42024200

NEOMERCAZOLE

5mg

0662771538

TAF R020L sup.

10x5g

4

IMAZOL® 10 mg

Carbamazole

50 Comprimés

Voie orale

10

48,00

61754809

x4 Ged

Voie orale



50 comprimés

Carbamazole
IMAZOL® 10 mg