

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

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

M23-0023833

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3395 Société : Retrait

Actif Pensionné(e) Autre : 900049

Nom & Prénom : SAGHIR YOUSSEF

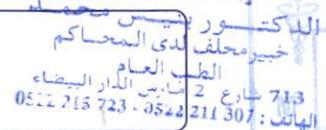
Date de naissance : 19/09/1960

Adresse : EMARAS 5 RUE 5 N° 18 DASA

Tél. : 06 46 33 80 00 Total des frais engagés : 16 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



22 MAR. 2024

Date de consultation : 19/03/2024

Nom et prénom du malade : SAGHIR YOUSSEF Age : 64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Toxikose + Colopathie Diabète + HTA

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-023833**

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
19 MARS 2024	Ca		200.00	الدكتور سليمان محمد طبيب أسنان لدى المسحات الطب العام شارع 2 ملابس اللاد البيضاء الهاتف: 09 215 723 211 307

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA FRANCE SARL Inara, Ain Chok Téléphone: 03 22 52 40 29</i>	19/03/2024	1702.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>COPIE DE LA FACTURE</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

880

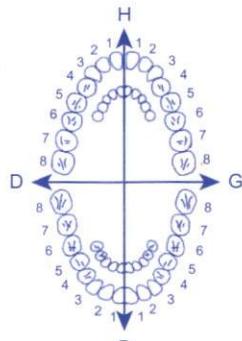
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

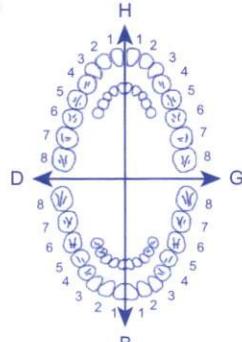
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(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

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

**Expert assermentation près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire**

Sur Rendez - vous

Casablanca, le 19/03/2024

الدكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدري

**خبير محلل لدى المحاكم
طبيب عسكري سابق**

الزيارة بالموعد

الدار البيضاء في

102,80

Monsieur SAGHIR MUSTAPHA

1/ CONTIFLO GELULE LP 0,4

1 gélule le soir

51,40

2/ DIVIDO 75

1 cp après le repas matin et soir

49,60

3/ DUOXOL CP en Relaxof

1 cp après le repas matin et soir

73,80

4/ HEPANAT 400mg Cps

1 cp avant le repas matin et soir

34,10

5/ OSMOSINE

1 c à s matin et soir

139,20

6/ ALTEC 5 MG CP x 3

1 cp après le repas le matin

380,00

7/ GALVUS 50 MG / 850 x 2

1 cp après le repas matin et soir

472,20

8/ DIAMICRON 60 LM CP x 8

1 cp avant le repas matin et soir

HARMACIE LUMIERES

LAHRICHI SARL AU

530, Bd. Al Quds, Inara, Ain Chok
Casablanca - Maroc : 05 22 40 427
Tél: 05 22 40 29

7702,70

الدكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدري

**خبير محلل لدى المحاكم
طبيب عسكري سابق**

الزيارة بالموعد

الدار البيضاء في

Monsieur SAGHIR MUSTAPHA

75

75

75

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
530, Bd. Al Quds, Inara, Ain Chok
Casablanca - Maroc : 05 22 40 427
Tél: 05 22 40 29

75

75

75

75

75

الدكتور بنيس محمد
خبير محلل لدى المحاكم
الطب العام
الدار البيضاء
العنوان: 713
الهاتف: 05 22 4552 411 307
fax: 05 22 215 22 4552 411 307

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V :53DH10
LOT 3032026



6 118000 060833

N° Lot: 3032026

Fab: 3TJ607
Per: 02/2023 P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)
02/2026

PPV:102 DH 50

78,70



6 118001 031085

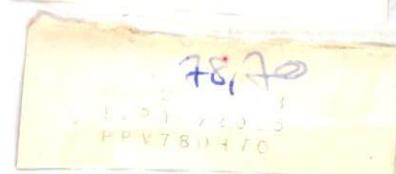
GALVUS MET 50 mg/500 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

73,80 DH

03/2026
Z083G

Via delle
Importé et
Ber

78,70



78,70



78,70

MP/21/NRQ



12100541

Flacon de 260 ml

Hydroxyde de Magnesium

OSMOSINE®