

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

- 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.

N° W19-565330

4046A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1700</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BEN JEMRA HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>20-06-1956</u>			
Adresse : <u>LOT 64 HAJ FATH S OULFA CASA.</u>			
Tél. : <u>0664 162 105</u>	Total des frais engagés : <u>426,70</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
 <p>Dr Meriem EL OUARDI Hôpital et Pronto-sociale Lot 64 Haj Fath S Oulfa Casablanca 20900</p>			
Cachet du médecin :	Date de consultation : <u>26/08/2000</u>	Nom et prénom du malade : <u>Benjema HASSAN</u>	Age : <u>44</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>gestite</u>		
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 : CASA Le : 28/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :




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
26/08/20	S		250 Dhs	INP : 091170388

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACE HAMZA Lot 10 Haj Sireh Rue 6 N° 3 Lm 54 Casablanca - Tel: 0522 62 26 10 820	26/10/2020	176,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	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			
	H	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D	00000000 35533411	00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[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

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif

foie-estomac-intestin-vesicule biliaire

hémarroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale

française de gastro-entérologie

Echographie-gastroscopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale



إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-المراة-الأمعاء

المواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الشخص بالصدىي الفحص بالمنظار

جراحة المخرج

Casablanca, le :

26/08/2020

Mme Benjema Hafida

1) : Aulcer 20 mg

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19173
PER: 04/2022
PPU: 52,80 DH

4 0 0 (14 g) / A vomit
Belvien fort 1S repas
20 min

44.00

Belvien fort 1S

75% / Apes

3 /

Kalmagos 1S

BEVIRAN FORT®
mésibevirane 200 mg
Boîte de 30 comprimés

PPV: 44,00 DH

6 118000 190943

79.90

2 cp après des lunes

1c le soir

Lot: 200217

A consommer de
préférence avant le: 04/2025

PPC: 79,90 DH

STEPHARMACIE HANZA
Lotis. Haj faten Rue 6 N°3 Bloq 64
Casablanca - Tél: 0522 93 16 28

Med
épicerie et
d'apothicairerie
et
Fait b...
Ref. 05.22.93.16.28

(Mdp)