

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003846

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22868

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *5149* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *JASSINE LATHOUSSE* Date de naissance : *01-01-56*

Adresse : *Hay Moulay Abdallah Rue Hassan II*

Tél. : *0666445369* Total des frais engagés **MUPRAS** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima FFV. 2020
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appart 121
Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appart 121
Casablanca Tél. 0522 80 890

Date de consultation : *17/10/2020*

Nom et prénom du malade : *M. SENS Cettir NALIKA* Age : *57*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *diabète sucré*

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*

Signature de l'adhérent(e) : *Y*

Le : *19/10/2020*

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
17/07/2026 Cr			300DH	<p>Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain Chdck, Casablanca - Tél : 0522 870 890</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>17/01/2020</i>	<i>17/01/2020</i>	<i>621,30</i>

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 M...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates the dental arches with numbered teeth (1-8) and arrows indicating directions: H (up), G (right), B (down), and D (left).

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433552

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة بنلاله الغربي فاطمة

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le 17 / 01 / 2020 الدار البيضاء في

Mme BENSGHIR MALIKA

REGIME SANS SUCRE ET SANS GRAS

54,30 X 3 DIAMICRON 30

38,10 X 3 1 comprimé GLYCAN 850

MS 20 X 3 1 comprimé FENOSUP 160

1 comprimé

PREZAR 100

1 comprimé

DIMAZOL

1/2 comprimé

624,130

TRAITEMENT DE 3 MOIS

FENOSUP LIDOSE 160 mg

Boîte de 30 gélules

PPV : 115,70 DH

Distribué par les laboratoires SOTHEMA

Pharmacien Responsable : Lamia TAZI

6 118001 071760

FENOSUP LIDOSE 160 mg

Boîte de 30 gélules

PPV : 115,70 DH

Distribué par les laboratoires SOTHEMA

Pharmacien Responsable : Lamia TAZI

6 118001 071760

le matin

midi et soir

1 soir s/2

le matin

2 fois par semaine

PHARMACIE INES
بنلاله الغربي فاطمة
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 50 24 80

54,30

PHARMACIE INES
بنلاله الغربي فاطمة
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 50 24 80

PPV 38,10 DH
LOT P135 PER 09/22

PPV 38,10 DH
LOT N748 PER 06/22

comprimés enrobés do

T. svp

PPV
LOT
PER

38,10

شارع القدس إقامة ليعوزي، الشقة رقم 121، الإنارة - عين السق - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 870 890

Boulevard Qods, Résidence Les Rosiers, Appt. 121 - Ain Choc - Casablanca. - Portable : 06 15 46 66 44