

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2365</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>NOURAZI NAITA</u>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		<u>16/06/1952</u>	
Adresse :		<u>25 Bis Rue St'agelin</u>	
Tél. : <u>060366451</u>		Total des frais engagés : <u>635,00</u> DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>Dr Wafa BENJELLOUN</u> <u>Pneumophtisiologie</u> <u>202, Bd Abdellah Ben Youssef - Casablanca</u> <u>Tel: 0522.99.20.24</u> </div>			
<u>Dr. Wafa BENJELLOUN</u> <u>INP 091 023 291</u>			
Date de consultation : <u>03/02/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>NOURAZI NAITA</u> Age : <u>69</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection au Rein</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>cas</u>			
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 : <u>Casa</u> Le : <u>03/02/2021</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>CY</u>			



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
03/06/21	C.2	350,00000	INP : INP 091 023 1291	Dr. Wafa BENJELLOUN Pneumophtisiologie Dr. Abdellah CASA Tel. 0522 09 29 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/06/21	285,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

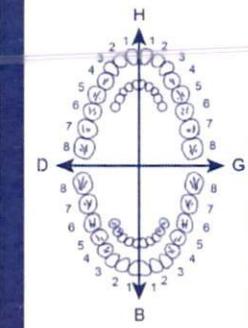
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة آمنة المرقي الغياتي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون ادريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

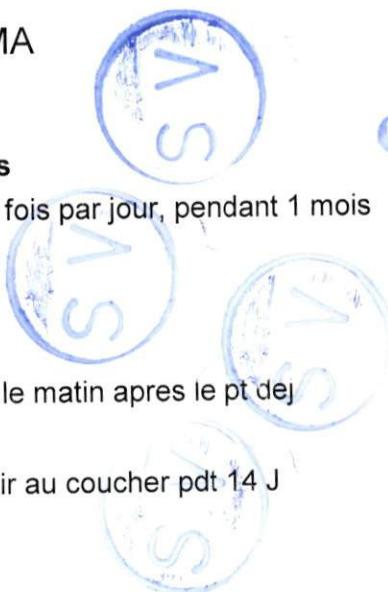
Casablanca, le : 03/02/2021

NOURAZIZ NAIMA

8980

1 - Maxitone ampoules buvables

Chaque Jour(s), 1 comprimé, 2 fois par jour, pendant 1 mois



INPE
092042365

2 - Fortimel

1 pack par jour

3 - Decadron 0.5

10 comprimés en 1 seule prise le matin apres le pt dej

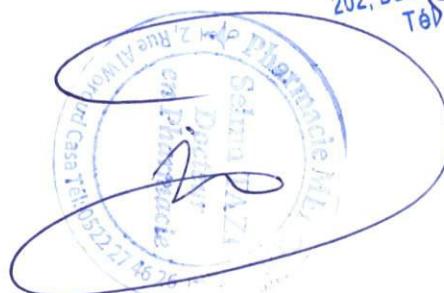
4 - Prazol gel 20 mg/Bte 14

1 gelule à jeun et 1 gelule le soir au coucher pdt 14 J

AFK
960

TOT: 285,60

Dr. BENJELLOUN Wafa
Pneumophtisiologue
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 0522 99 20 24



Prazol® 20 mg

Oméprazole

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1605-2

28
gélules

Voie orale

OTTU

82, Allée de Casablanca - Ain Seba - Casablanca
S. Béchouch - Pharmacien Responsable

b

Microgrammes gastrorésistants

20 comprimés à 0,5 mg
40 comprimés à 0,5 mg
40 comprimés à 0,5 mg
20 comprimés à 0,5 mg
DECADRON® 0,5 mg **ADRON® 0,5 mg** **DECADRON® 0,5 mg**

LOT 20200

EXP 09 202

PPV 33 €

33,60

LOT 202001

EXP 09 2023

PPV 33 60

33,60

LOT 201998

EXP 09 2023

PPV 20 10

20,10

Titulaire de l'AMM au Maroc:

MSD Maroc (Siège Social)

166-168 Bd Zerkouni-20060-Casablanca-M

Fabricant

Unité de production MSD

BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

Titulaire de l'AMM au Maroc:

MSD Maroc (Siège Social)

166-168 Bd Zerkouni-20060-Casablanca-Maroc.

Fabricant

Unité de production MSD

BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

Titulaire de l'AMM au Maroc:

MSD Maroc (Siège Social)

166-168 Bd Zerkouni-20060-Casablanca-Maroc.

Fabricant

Unité de production MSD

BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

AMM N° : 486/19 dmp/NRQad

DECADRON® 0,5mg
40 comprimés



6 118000 290094

AMM N° : 486/19 dmp/NRQad

DECADRON® 0,5mg
40 comprimés



6 118000 290094

AMM N° : 485/19 dmp/NRQad

ECADRON® 0,5mg
1 comprimé



6 118000 290049