

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

M22- 0012759

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5149 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YASSINE LATOUSSINE

Date de naissance :

01-01-57

Adresse :

Hay Moulay Abdellah Rue 72 N° 73
Casablanca

Tél. :

06 66 44 53 69 Total des frais engagés : 1.292 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BEN ALI ALLA EL GHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121
Air Chok, Casablanca - Tél : 0522 870 890

Date de consultation : 29/09/2022

Nom et prénom du malade : Mme : Bensghir Malika Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : 29/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

12 OCT. 2022

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/09/22 | C | | 300 D.H | Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain ChotK, Casablanca - Tél : 0522 870 890 |
| | | | | |

PHARMACIE
BENI UKRINE
Dr Elhachmi Bd 75 n° 40
Hay Moulay T.M. 0522 870 890

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 28/09/22 | 992,00 |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, 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 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des travaux |
| | H 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS |
| | B | | | DATE DU DEVIS |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

اختصاصية في أمراض الغدد
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

الموعود

Casablanca, le

29/09/22

الدار البيضاء في

Mme BENSGHIR MALIKA

REGIME SANS SUCRE ET SANS GRAS

84,30
89,100 DIAMICRON 30

1 comprimé

le matin

SW

SW

38,100 X3 GLYCAN 850

1 comprimé

midi et soir

SW

63,30 X3 TRITAZIDE 10/25

1 comprimé

le matin

SW

59,50 X3 FENOGAL 200

1 comprimé

le soir

SW

99,50 X3 DIMAZOL 10

1/2 comprimé

2 fois par semaine

PHAR
اس
BE
DI
HAY MOUL
CASA

48,00

TRAITEMENT DE 3 MOIS

90,100 X2 OEDES 20 GM N° 2

1 comprimé

le soir

SW

99,200 formine chlorhydrate

PPV 38,10 DH

LOT F755 PER 07/25

comprimés enrobés dosés à
la dose

formine chlorhydrate

PPV 38,10 DH

LOT F602 PER 06/25

comprimés enrobés dosés à
la dose

LOT 211314
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 210829
EXP 01/2024
PPV 99.00DH

89,00

0,25
0,00

54,30

63,30

10005

63,30

10005

63,30

10005

63,30

10005