

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--------|
| Matricule : | 9684 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 143258 |
| Nom & Prénom : | | BENJEDDI | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. 0661725255 | | Total des frais engagés : 538,20 Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | 11 DEC 2022 | Age: | |
| Nom et prénom du malade : | JMO ARRAS Sanas | Conjoint | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | maladie + Douleur épaule | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3 DEC 2022 | Q | - | 150.00 | DT. B. SIKRAT Lct. Aujoula Al Moustakbal Imm. A 24 GH 13 App. 1 - Casa 99 120 1954 |
| 17 DEC 2022 | Louhalé | G | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX

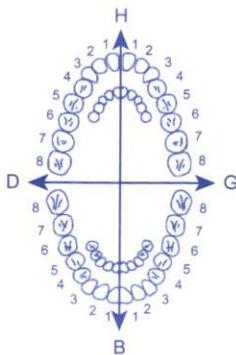
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|--|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | 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 | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

د. بشره السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التلفزة)

والأمراض التنسالية - السيدا

اختصاصية في التظير المهبلي و أمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

Casablanca, le :

13 DEC 2022

ARRAS

SAMAA

AS

30,00

1

NURODOL

400

100,40

2

1 Cp. x 3 J.
Brexin Spell

x 0 J.

1 Cp (J)

AS

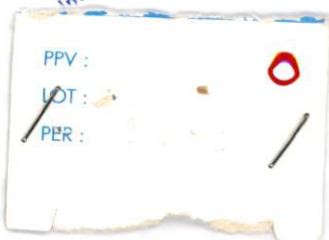
LOT 21000
PER 06/24
PPV 100DH 40



130,40

PHARMACIE CAMYA
DR MESTASSI LEILA
Lot Lina, Lot N° 316, Rue 13
N°1 - Sidi Maârouf - Casa
tel: 0522.58.842 Fax: 0522.78.04.31

Dr. B. SEKKAT
Médecine Générale
Imm. A24 GH.13 Appl. 1 Casa
Tél: 0522.32.11.11
Imm. A24 GH.13 Appl. 1 Casa



مجموعة الضحي المستقبل، مsn A24، العمارة GH13، شقة 1 - سيدى معروف - الهاتف: 05 22 32 10 07 - الدار البيضاء 20280

Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasket@gmail.com البريد الإلكتروني:

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفرزة)

والأمراض التنسالية - السيدا

اختصاصية في التظير المهبلى وأمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

Casablanca, le : 17 DEC 2022

1^{me} ARRAS Sanaa

3 x 43,60



93,00

2

LOT: 220711
99,00 DH

247,80

D Cure F

1 AB 1 mois

× 3 mois

1 AB tous 6 3 mois × Jan
au milie du y de midi -

Reflexin 86 375

1 gel le soir NS × 1 mois

PHARMACIE CAMYA
DR MESTASSI LEILA
Lot Lina, lot N° 316, Rue 13
Sidi Maârouf, Casa 08.42
Fax: 0522.78.04.31
Mme A 24 GH.13 App.1 - Casa
Dr. B. SEKKAT
Addone Al Mostakbal
20280 - الدار البيضاء - A24 - شقة 1 - سيدى معروف - 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

مجموعة الضحى المستقبل، ميس 20280 - الدار البيضاء، A24، شقة 1 - سيدى معروف

Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasekkat@gmail.com

البريد الإلكتروني:

