

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

- Reclamation : 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.

Centre d'Urologie
Professeur Saâd BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien chef du Service d'Urologie
59, Bd. Tahar Zebbâni, Résidence des Fleurs
Casablanca. Tél. : 0522 88 01 12/13/14

M JATI BOUAZZA

ALD

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 AVR 2023 | S | | 500000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  Dr. Behnani Jaffar 2, Bd Cheikh Ben Youssef CASABLANCA Tél: 0524 42 11 11 | 03.04.2023 | 17789,95 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

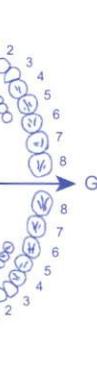
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|--|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | D | G | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | D | | G | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'urologie Pr. Saad Benjelloun

Le 3/4/2023

AN NGAFI BOUAZZA

232,00 x3

1) XATRAL (10mg)

14p - Sidi

1(875in)

31,30 x3

2) ZYLORIC (200mg)

14p / 5

1(875in)

1 - 229,90



ICE : 001638312000001

Zyloric[®]

allopurinol

200 mg

28 comprimés
Voie orale

LOT 222187
EXP 06 2026
PPV 31.30

Zyloric[®]

allopurinol

200 mg

28 comprimés
Voie orale

LOT 222631
EXP 08 2026
PPV 31.30

Zyloric[®]

allopurinol

200 mg

LOT 222630
EXP 08 2026
PPV 31.30