

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-658116

NS 7984

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2697	Société : QATAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Dr. BENAYA SNAHA			
Date de naissance : 05/01/1987			
Adresse : 45000			
Tél. : 06.61.25.95.37	Total des frais engagés : 755	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	12/04/2023		
Nom et prénom du malade :	AZHARI AJTAHAD		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA / hypertension		
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 : 17/04/2023

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
<u>12</u> <u>04</u> <u>2023</u>	<u>Centrale</u>	<u>0</u>	<u>gratuit</u>	INP : <u>081266918</u> 

EXECUTION DES ORDONNANCES INDE: 10		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OULFI PHARMAKOVA Dr. SVISTAKOVA YASMINE N°54, Bd. Oued Tansfif Oulfa Casablanca Tél:05 22 9132 92	18/04/23	586,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE EL OULFA PHARMAKOVA Dr. SVISTAKOVA YASMINE N°54, Bd. Oued Tensift Oulfa Casablanca Tél:05 229132 92	<i>12/04/23</i>	<i>PHARMACIE EL OULFA Dr. SVISTAKOVA YASMINE N°54, Bd. Oued Tensift Oulfa Casablanca Tél:05 229132 92</i>	<i>169,-</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																						
 O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				Coefficient des travaux																		
				Montants des soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
				Coefficient des travaux																		
				Montants des soins																		
				Date du devis																		
				Date de l'exécution																		
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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H	G																					
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						



Centre de cardiologie Et de maladies vasculaires

الدكتورة سوسن خلود

Casablanca le 12/04/2023
الدار البيضاء في

الدكتورة سوسن خلود
 Dr. Sawssane KHALLOUD
 اخصائية في امراض القلب والشرايين
 قسطرة القلب و توسيع الشرايين
 طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط
 طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي Mariecurie ببلجيكا
 INPE: 081266959

M. Aïcha Aghayri

PHARMACIE NICE
 AV. Résidence Bourgogne
 24 Bd Mg. N° 39
 Casablanca
 Tel : 0522 24 93 00

LOT 222632
 EXP 09/2026
 PPV 31.30

Zylopic 200 mg

1 capsule le matin vers 7h pendant
1 mois puis passer à

Zylopic 100 mg

1 capsule le matin vers 7h pendant 1 mois

154,10 x 2

Derostin: 10 mg

1 capsule le matin vers 7h pendant 3 mois

HARMACIE EL OULFA
 PHARMAKOVA
 Dr. SVISTAKOVAYASMINE
 N°54, Bd. Oued Tansif Oulfa Casablanca
 Tel: 0522 94 22 92

LOT 213158
 EXP 09/2026
 PPV 46.70 DH



pour perte à

• Stétilol 20 g fp.

91,00

91,00 140g levomg nrs pelet sans

• Pretecan 2,5 g 10620 g

92,60

92,60 x 3

140g delevet q5 nrs
(NS) pendant 3 mois

S.P.

~~T = 169,-~~

PHARMACIE NICE
1. Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD Mg. N° 3 Bourgogne
Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

~~586,00~~

PHARMACIE EL OULFA
PHARMAKOVA
Dr. SVISTAKOVAYASMINE
N°54, Bd. Oued Tensift Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 91 32 92

Total:

169

586

~~755~~

Pharmacie NICE

Pharmacie EL OULFA

34.00.00