

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Matricule : | 1774 | Société : | 164271 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | BENZAIFOUR WAFIA | |
| Date de naissance : | | 04/03/1956 | |
| Adresse : | | Résidence Garden Loft 1MA 4 APP 10 Dar Bouazza | |
| Tél. : | | 0661376583 | Total des frais engagés : 508.20 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Dr ESSAFAI EL HADJ
Médecine Générale
tot El Ansari N°123 Dar Bouazza
Tél: 05 22 29 09 12

Date de consultation : 24/05/2023

Nom et prénom du malade : BENZAIFOUR WAFIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gastrite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01 JUN 2023 /

R. ACHOUR



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/05/2023 | | 51 | 209,00 | Médecin Gérard Ansari N°123 Dar Bua 2023 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 24/07/2023 | 508,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

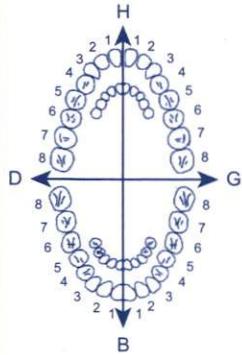
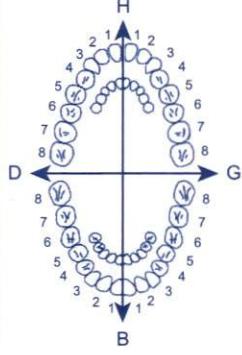
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

Médecine Générale
Echographie
Diplôme en Gynécologie
Obstétrique et Infertilité
de l'université de Bordeaux France



الطب العام
الفحص بالصدى
شهادة طب النساء
متابعة الحمل صعوبات الابغاث والعمق
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le : 24/07/2022

الدار البيضاء، في:

BEN ZAKOUR

wafa

123.60

- *metformin 0*



24/07/2022 - gen

40.80

- *Nazexen 1 mg Motilium 10 mg*

LOT: 22E006 PER.: 03/2025 MOTILIUM 1MG/ML SUSP BUV FL 200 ML P.P.V: 40DH80

6 118000 0110840

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 98DH80
EXP 12/2025
LOT 2D023 3

98.80

- *Neofortan 160 mg*

Dr ESSARRAJ HOUDA

Medecine Générale

Lot El Ansari N°123 Dar Bouazza

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

~~248,00 x 1 = 248,00~~

- Allores 9

~~248,00 x 1 = 248,00~~

~~508,00~~

~~DR ESSA RAJ L'GUDA
Médecine Générale
Loc EL Apsan N°123 Dar Bouazza
Tel : 05 22 29 09 12~~

~~MEHDI KACLA
AL CUMRANI
AL KOUCH
TEL : 05 22 29 09 12~~