

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

170893

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 9707	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENAYOUN Jouni		
Date de naissance : 13-8-68		
Adresse :		
Tél. : 06 668 13311 Total des frais engagés : 310 + 680 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : BENAYOUN Ghita - Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
En cas d'accident préciser les causes et conséquences :		
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) : **I. BOZACHANE**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/07/2023		8	360,00	INP : [REDACTED]
MAIS 01/07/23	G	C	680,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE EL HILAL LAABOUDI Salwa 77, Rue Al Bachir Laabid Cité Plateau Casablanca Tel: 0527 75 96 00 [REDACTED]
	07/07/23	680,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

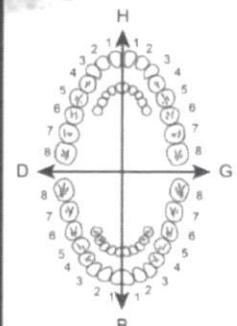
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

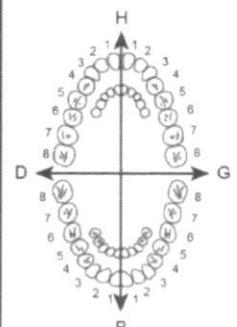
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
.....	00000000 00000000
D	00000000 00000000
.....	35533411 11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLASSEMENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

08/07/2023



Mme Ben hayoun Ghita.

ZENITH PHARMA
PPC : 62,70 DH

62,70,

0920242260

A-Cerumen

LOT : 230885
EXP : 05/2026
PPV : 82,60 DH

Date Per. : 22/07/2023
P.P.V: 119,10 DH

AS

I do se x 2 j.

au rv de Loréll

11/07/22
AS

Risarel nasal gdt 8j

3/ 22,60 Igdu le mdr (moin) (moin)
Alor - z long 1 op (moin) (moin)

Dr. Dadi

AT o 14 hoo pour l'urine

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.T.
Sous-préfecture Casablanca
P.P.V.: 48,78 DH
Sp

41 - ~~Suposed to my~~

3 cplc wash apx regg 5jr

48,78 ID:648231 GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:248,00 DH

6 118001141104

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laâlai
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 001513330*

22202425

248,00

680,00

Hôpital Universitaire
Pr. H.A.U International Mohammed V
Otorhinolaryngologie & Chirurgie Amal
Chirurgie Cervico-faciale
0011772232



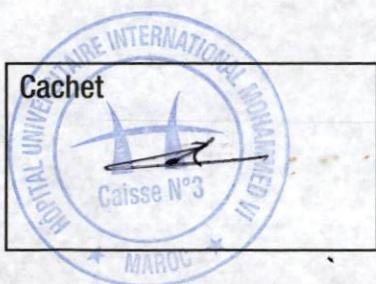
Date : 07/07/23
N° : 0051711

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 6300251701 Montant : #300#

Patient : BENAYOUN GMITA



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300252702

F A C T U R E

N° 26.975 / 2023 du 07/07/2023

Nom patient : BENHAYOUN GHITA

Entrée 07/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation ORL	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

