

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.

M23-012796

177819

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAGASS Lahcen

Date de naissance : 01-01-1936

Adresse : Lot El Hamra 1 CHORAO Rue 1 imm 32 n°1

Challa Souk Casablanca Maroc

Tél. : 0666.89.66.46 Total des frais engagés : 350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. CHAWQUI
Jamila V Rue 120 N° 5
Tél: 022.37.29.71-Casa 04

Date de consultation : 17/07/23

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 27/07/2023

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
15/08/23	c	1	150000	Dr. M. CHAWQUI Jamila V Rue 120 N° 5 Tél: 022.3729.71-Casa 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/23	20700

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	
ICE: 00-086-229830	15/06/2013	(1)	(20)	(04)		12

RELEVE DES MAILS 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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed chawqui

Ex. Médecin A. Militaire

MÉDECINE GÉNÉRALE

Jamila 5 Rue 120 No 5 1er Etage

Tel: 05 22 37 29 71



الدكتور محمد خوري

طبيب و مصري سابق

الطبي العام

جبلة 5 زنقة 120 رقم 5 الطابق 1

05 22 37 29 71

هاتف 1

Q = PAGAS Lahcen Casa : le 15/08/23

وصفة طبية

ORDONNANCE

6150

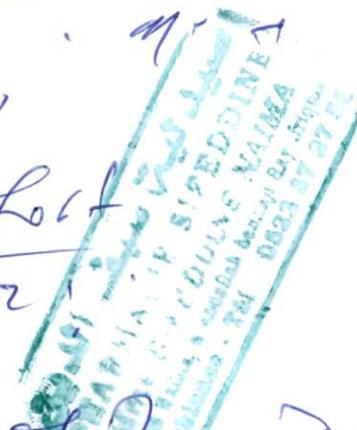
Mobil 154

10'. m

38.00

Cotam Fort

10x21



49.00

Bellmezof Day 766

- 8 t.

58.50

Hydroxy Fort

15g 3x / Semizinc

20.00

Dr. M. CHAWQUI
Jamila v Rue 120 n° 5
Tél: 022.37.29.71-Casa 04

PPV:61DH50
PER:03/26
LOT:M941

Mobic® 15 mg ○
Meloxicam
14 comprimés sécables

6 118000 040569

hydroxo 5000 ○
4 Ampoules Injectables



6 118000 032182

PPV 58DH50

EXP 04/2026
LOT 31001 1

CO-TRIM® ○
20 comprimés FORT

6 118000 030195

BELMAZOL® 20 mg ○
14 gélules

6 118000 070122

CO-TRIM® FORT 20 comprimés
PPV 38DH00 EXP 11/2026
LOT 28065 20

5004271

49,00

CABINET PARA-MEDICAL « AL IHSSANE »

PATENTE N° 36004972

R . C N° 263110

AUT .S.O.O. N° 1579/95

ICE : 001086340000068

A Casablanca ; le 15/07/95

..... *Benjelloun* M^{me} BAGASSE
 *l'heure* M^{me} 1008.

FACTURE N° 1371

Objet : *Thérapie d'abcès (an-Radicant)*

J

DATE	NATURE DES ACTES	MONTANT (DHS)
.....	Hydroco 5 --
15/07/95	04 T.M x Le, ANS Le = Le, M	Do, -
.....
.....
.....
.....

MONTANT TOTAL : *80 DA*Arrête la présente facture à la somme de : *Quatrevingt dirhams**Signature*

Siege : Boulevard oued Sabou ; Rue 173 N°27 EL OULFA CASABLANCA
 Fixe : 05 22 90 50 42 / GSM : 0664.97.43.72