

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-817377

177985

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KANBOU NABIL

Date de naissance :

12 - 03 - 75

Adresse : N°58, Rue 3, Sidi YOUSRA, OULFA

Tél. : 0661052135

Total des frais engagés : 378,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

D. Bouslimane Hajar
Médecin Généraliste - Allergologue
Res. Riad Garden, Imm 2, Bd Layouni
Casablanca - Tel : 05 22 69 20 13

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/10/2023

Nom et prénom du malade :

Kanbou Nabil

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Renato

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 : CASA

Le : 07/10/2023

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
07/12/123	C		200.00	INP : 00007673 Dr. Bens Médecin Général Riad Garden, Jem 2, Sa El Sablanca - Tel : 05 22 69 20 13

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE MARJAM Dr. DERLAZIZA Lotissement Youssra, La Zoubir CASABLANCA	07/10/2023	178,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COURS DE TRAVAIL	MONTANTS DES SOINS														
	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
		H	25533412	21433552													
			00000000	00000000													
		D	00000000	00000000													
			35533411	11433553													
		B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajar BENSLIMANE

Allergologue – Omnipraticienne

Diplômée en Allergologie de la faculté de Montpellier

Diplômée en Diabétologie de la faculté de Rabat



Antécédents allergique

Asthm	PF	LOCATOP 0,1%
Allerg	01/07/2026	CREME T30G
Aller	01/07/2026	P.P.V : 30DH00
Urti	01/07/2026	118000 012061
Tes		
Ex		
Désensio		
Prise en charge		
Médecine génér		

Casablanca, le : 07/10/2023

Patient (e) : Kambou Nadi

BACTOSPRAY
LOT: PF230400
EXP: 04/2026
PPC: 148.00DH

30.00

locotop crème

7/6

le soir sur la lésion
pendant 7 jours

1x1/j

148,00

Bactospray

SV

1 utilisation x 21 j x 07 j

T:

PHARMACIE MARAM
Dr DERIAZIZA
lotissement Youssra, Lot 15,
Zoubir CASABLANCA
Tél: 05 22 76 75

Dr. Benslimane Hajar
Médecin Généraliste - Allergologue
Res. Riad Garden, Immeuble Bd Laymoun
Casablanca - Tel : 05 22 69 20 13

Résidence Riad Garden, Immeuble 2, Apt 7, bd Laymoun, lot Youssra, Zoubir-Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 69 20 13 / 06 16 41 80 74