

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

M23- 0025998

199295

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5092 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUATE Abdennahane

Date de naissance :

20/07/1957

Adresse :

lotissement ATTADAMOUNE Rue 1 Imm. 80

n° 14 Carabache

Tél. : 0615527405

Total des frais engagés : 818,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/03/2024

Nom et prénom du malade : SAPiRI Souda Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

HSA

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie : cardiosopiale

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 : 16/03/2024

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
MBZ 2024	CSL CCG		200000 100000	Dr. Mehdi BEN YOUSSEF Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia Tél: 3522910762 - 0604723914 INPE: 9117997A

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du titulaire	Date	Montant de la Facture
 	11/08/2014	519,40

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	

REIN

LES 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :11/03/2024...

Nom et Prénom :

SABIRI Souad

122,10 x 3

Dr. Mehdi BENJELLOUN
BENJELLOUN مهدي بنجلون
TRIATEC 5 mg
comprimé le matin, pendant 3 mois
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia
INPE : 91170670



50,70 x 3
CARDENSIEL 2.5 mg
comprimé le matin, pendant 3 mois
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia
INPE : 91170670

CARDENSIEL 2.5

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois



TOTAL : 18,40

Dr. Mehdi BENJELLOUN
BENJELLOUN مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
PHARMACIE RESIDENCE ANNA
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia
INPE : 91170670

