

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-836249

Mle du conjoint 2009

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : 203577

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr BENCHERIF Sidi - Said

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. 0661453762 Total des frais engagés #526 #

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/04/2024

Nom et prénom du malade : Mr BENCHERIF Sidi Said Age: 72 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Test hémocult (+)

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : Casablanca Le : 17/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
17/04/24		300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/04/24

226,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hamza DEBBAGH

Diplômé de l'Université CLUJ
Spécialiste du foie et
des maladies de l'appareil digestif
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Médicale
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,
Ballon intra gastrique
Echographie Digestive



الدكتور الدباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
علاج المعى الغليظ وأمراض المخرج
التشخيص بالمنظار الباطني
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca le :

17/04/2024

Maphar
Bd Alkimia N° 8, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Fortrans sachet b4 mv
P.P.V : 132,90 DH
6 118001 181209

Mr BENCHERIF Sidi Said

FORTTRANS

1 sachet/litre d'eau, soit 4 litres à boire à partir de 16 H, la veille de l'examen

RAZON 40

1 gélule, matin et soir 15 jours , 30 min avant repas

226,30
Pharmacie L.L.
Mme. SEVKAT Lalla
4 bis, Rue Bourgo
Quartier des
Tel: 05 22 22 33 95 / 05 22 36 27 27

Mme. SEVKAT Lalla
4 bis, Rue Bourgo
Quartier des
Casablanca

Dr. Hamza DEBBAGH
Spécialiste du Foie et
des Maladies de l'Appareil Digestif
159 Bd Bourgogne Appt 21, Anfa
Tel : 05 22 22 33 95 - Casablanca
N°INPE : 01234567

RAZON® 40 mg ○

14 Comprimés enrobés
gastro-résistants



6 118000 140726

LOT : 634

Per : 10 / 26

P.P.V : 93,40 DH

40 ^م رازون

بانتوبرازول 40 مغ

قرصا ملبسا مقاوما
لعصارة المعدة 14

عن طريق الفم