

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



N°D : 34641

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011337

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13234 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATIMA ZAHRA Date de naissance : 7/11/1992

Adresse : rue Jilali EL OUFER RS MAWLID 3 ALL MARIF EXT

Tél. : 06 753 60967 Total des frais engagés : 620,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : Fatima Zahra

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

Nature de la maladie : Trouble digestif

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 : 23/7/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/07/20	(C5)		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
<p>Madame BARTAL FATIMA</p> <p>Pharmacie Acharaf</p> <p>Rue Souda - Maarif</p> <p>Casablanca - Tél : 0522 25 22 09</p>	<p>06/07/20</p> <p>06/07/20</p>	<p>58,40</p> <p>262,50</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

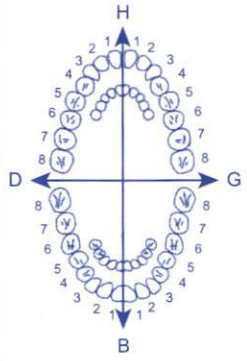
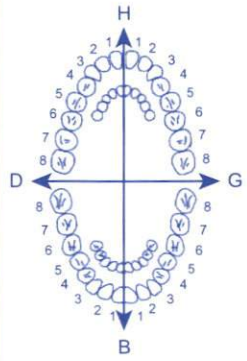
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				MONTANTS 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. Rachida BENSURI

الدكتورة رشيدة بن سكري

Hépto - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
 وأمراض المخرج

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Achcharaf
Rue Soufiane - Maarif
Casablanca
0522 25 22 05

Casablanca, le

500mg/2mg
Bols de 20 comprimés
علبة من 20 قرصا

37,00

37,00

Glaxol v

(34,00 x 2) = 68,00

(38

114,00

Venul

2 x 21 = 42 (115)

Tel = 262 30

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Achcharaf
Rue Soufiane - Maarif
Casablanca
0522 25 22 05

Rabii Rés. Al Firdaous, Immeuble 30 - 2ème Étage - Oulfa
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

14150

14150

14150

الدكتورة رشيدة بن سكري ²⁷ Dr. Rachida BENSCHRI

Hépto - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)



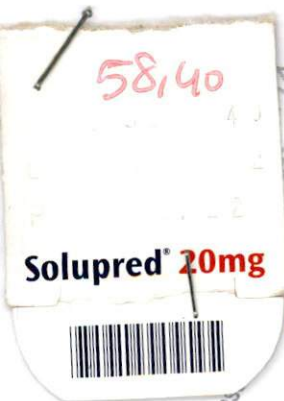
اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
 وأمراض المخرج

Casablanca, le :

06/07/20
Dr. Rachida BENSCHRI
Hépto-Gastro-entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm L30
2ème Étage Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Mme = FATI ME
58,40 Solupred v20
2 v4

ma



Maarif
Tél : 0522 25 22 09

Dr. Rachida BENSCHRI
Hépto-Gastro-entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm L30
2ème Étage Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34



**PPV
34DH00**



**PPV
34DH00**

LOT: 13619005
SER: 10/2022
PU: 38,00 BH



LOT: 13619005
SER: 10/2022
PU: 38,00 BH



LOT: 13619005
SER: 10/2022
PU: 38,00 BH

