

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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0022949

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09633 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHRI MOHAMED Date de naissance : 10-11-1970

Adresse : 392 EL KHEIR SIDI MAAROUF CASA

Tél. : 0665307725 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : BAHRI ARWA Age :

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

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : 05 / 10 / 2019

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
05/10/15	y		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI MAAROUF EL BACHLI MEDICINE SIDI MAAROUF BORJBOURA - CASABLANCA	05/10/15	650,20 + 65,28 EURO (voir facture)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

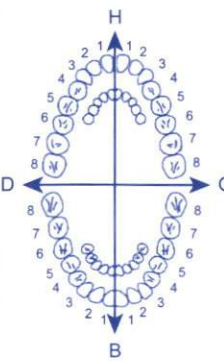
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE KUENTZ
159 Avenue Jean Jaurès
90000 BELFORT
TEL : 0384260087
FA190050436 POSTE5
Produit Qté A régler Total

le : 30/07/2019
Op : 15 15:34

Vente du 30/07/19 190050436

pour Arwa BAHRI
KEPPRA 100MG/ML
BUV FL300ML

1 65,23 65,23

Net à payer en EUR 65,23
Dont TVA : 1,34
31/07/2019 Espèces en EUR 80,00
Montant rendu en EUR 14,77
Nombre d'articles : 1
Montant des Honor. de Disp. 1,02
Ancien solde : 0
Points : 0
Nouveau solde : 0
Seuil minimal pour règlement en points
100 points



د. عفاف بن يطو

طب الأطفال
مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ
أمراض الاستقلاب الوراثية
أمراض الجهاز العضلي والعصبي
مشاكل التعلم الدراسي
التأخر الذهني
التوحد - فرط النشاط الحركي

Le 05/10/2019

Bahri Arwa

P = 180g

A = 07kg

1) ~~Bioxin~~ Depoline solution 20mg/ml
640,00
2 mg Netin
2 mg Netin } 2 mg Netin

2) ~~Keppra~~ 200mg/ml sirup
2 mg Netin
2 mg Netin } 2 mg Netin

3) ~~Noctrolyl~~ sirup
100mg - 2 200mg Netin 07kg

Résidence Ibn Rochd (En Face De La Porte Principale Du CHU Ibn Rochd), 4^{ème} Étage, N° 12, Quartier Des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 0522 278 392 / E-Mail : afaf.benitto@gmail.com

العنوان : رقم 12، الطابق 4، إقامة ابن رشد رقم 50، حي المستشفيات (قبالة الباب الرئيسي للمستشفى الجامعي ابن رشد - موريزكو) الدار البيضاء

Longuit & others

Le Longuit & others qui a été

0 n
te de so
buvab

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 58,20 DH

5 118001 081059

0 mg/ml

ate i
in b

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 58,20 DH

5 118001 081059

200 mg/ml

val
Sol

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 58,20 DH

5 118001 081059

200 mg/ml

valproate
Solution t

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 58,20 DH

5 118001 081059

200 mg/ml

ate
in i

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 58,20 DH

5 118001 081059

200 mg/ml

roate de
ion buv.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 58,20 DH

5 118001 081059

Handwritten signature and stamp.

Keppra®
100 mg/ml
solution buvable
Lévétiracétam