

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 canaux, 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 canaux.

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-520200

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **5672**

Matricule : **5672** Société : **R.A.M.**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ELSAFI Tounine**

Date de naissance : **19-12-1955**

Adresse : **238 BOU YACOUB EP Nonchamps**

Tél. : **066132132** Total des frais engagés : **300 + 184,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur AZIZ Zineb MEDECINE GENERALE Ex Interne des Hôpitaux de France Tél.: 06.22.90.96.90**

Date de consultation : **7/2/2020**

Nom et prénom du malade : **ELSAFI Tounine** Age: **64**

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

Nature de la maladie : **Maladie chronique**

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 : **MAARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

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
14/04/2019	Généraliste	1	3000 DA	INF : 09 49 16 11 11 Dr. Zineb AZIZ Zineb MÉDECINE GÉNÉRALE Hôpitaux de France 86.00


Docteur AZIZ Zineb
MEDICINE GENERALE
 Systeme des Hopitaux de France
 Tél.: 06.72.00.86.00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/2/20	19430

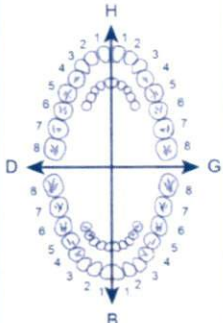
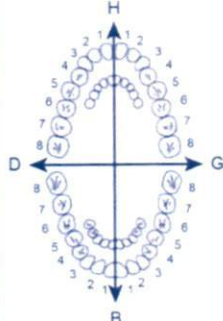
[illegible][illegible]

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 $\overline{}$ de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CO-TRIM

20 comprimés

PPV 30DH60

EXP 09/2023

LOT 98018 1

Zineb

ERALE

pitiaux

زيز زينب

لعام

مستشفيات

Lot / مجموعة:

385

Fab / صنع:

02 2019

EXP. / صالح لغاية:

02 2022

BIOCODEX MAROC

PPV 37.00 DH

رقم 88

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.86.90

Attaaoune Rue 88 N° 1
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05.22.90.86.90

Casablanca, le : 7/2/22 : الدار البيضاء، في :

30,607 - ELS AFZ Tame

1) Lotin

33,00 2 y - an 4 up x 8 p

21,00 2 y -

37,00 2 y - an 4 up

7) ultra les 150

27,70 2 y x 1/2

4) ultra 100

2 y

104,80

PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASS TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub el-Mohamoud - Casablanca
Tél.: 0522 36 75 51

Docteur AZIZ Zineb
MEDECINE GENERALE
Ex. Interne des Hôpitaux de France
Tél.: 05.22.90.86.90

la Platin

☒ DUREE
☒ MATIN
☒ MID
☒ SOIR

Microgranules gastro-résistants en gélules

28 x 

CONFER

OEDOS[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

FORMULE - FORMULA :

Sulfaméthoxazole 0,400 g

Triméthoprim 0,080 g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Cette boîte contient 8 g de Sulfaméthoxazole et 1,6 g de Triméthoprim.

This box contains 8 g of Sulfamethoxazol and 1,6 g of Trimethoprim.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS لا يترك في متناول الأطفال

CO-TRIM®

20 comprimés



6 118000 030171

(102x48x23) mm

®

كو-تريم



سلفاميتو كسازول - تريميتو پريم

علبة بها 20 قرصا

لابروفان