

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-531417

95977



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 5509

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNAHIR

AZZEDDINE

Date de naissance : 13.12.1962

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0662491781

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENKABBOUT KLEIN
Brigitte
48, Rue Mehdi Ben Barka Bourgogne
Casablanca - Tel. : 05 22 27 09 38

Date de consultation : 16/13/2020

Nom et prénom du malade : ENNAHIR ghalya

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affections respiratoires

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 :

Le : 16/13/2020

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
16/13 2020	C		150 Dh	INP : 091088928 Dr RE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Signature du Médecin
PHARMACIE EL MANAR CASABLANCA 18, Avenue Nabi Ben Benkra Casablanca	16 - 3 - 2020	MAHBOUK KLEIN Briptite Montée de l'accastelle Casablanca - Tel. 05 22 27 09 38

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

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

RELEVE 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'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		B	D	00000000	00000000	35533411	11433553	
				H	25533412	21433552																	
				D	00000000	00000000																	
				G		B																	
D	00000000	00000000																					
35533411	11433553																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

Docteur BENKABBOU - KLEIN Brigitte

Diplômée de la Faculté de Médecine
de NANCY

Ancien Médecin de l'Hôpital d'Enfants
du C.H.U. d'Averroes

MEDECINE GENERALE

48, rue Mehdi Ben Barka

Hay tassahoul bourgogne

CASABLANCA

Tél. : 0522.27.09.38 - Fax. : 0522.26.62.44
E-Mail: b.benkabou@atlasnet.net.ma

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
18, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
CASABLANCA

الدكتورة بن قبو كلين بريجيت

خريجة كلية الطب بناسسي

طبيبة سابقاً بمستشفى الأطفال

بالمعهد الطبي الجامعي ابن رشد

48. زنقة المهدى بن بركة هي تسهل

بوركون الدار البيضاء

الهاتف : 0522.27.09.38

الفاكس : 0522.26.62.44

Casablanca, le

16/3/2002

ENNANIR ghal ya

138,30

Augm entin 500 mg



24 malin

au cours resp

34,00.

table de 32

34,70

Pectinyl oral 1cc neuf 3

1g. 1/150

50,00

Curic 414 le 200 du mardi

86,50
deut fort

1 inhalation mélange
et re

309,50

Dr BENKABBOU KLEIN
Brigitte
48, Rue Mehdi Ben Barka Bourgogne
Casablanca - Tél. : 05 22 27 09 38



CLENIL FORTE®

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses

 chiesi

86150



AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى قفاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 630364
PER: 05/21

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

PPV 34DH70

EXP 12/2022
LOT 90052 5

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

Curtec®

Cétirizine

10 mg

30 comprimé

PPV: 88DH00

PER: 08/22 *88,00*

LOT: I1912

