

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ctions 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.

rmacie :

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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 45.83 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIFTAHI MOHAMED

Date de naissance : 1943

Adresse : Jamila 5 Rue 17a 52 36

Tél. : 06 48 20 75 00

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lahcen ZIDI
Omnipraticien - Echographie
422, Bd. Dakhla Jamila 5
C.D - CASABLANCA
Tél. 022.29.15.82

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 Juil 2020

Nom et prénom du malade : MIFTAHI MOHAMED Age : 76 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + A.H Hypertension

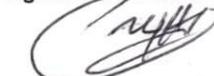
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 11 Juil 2020



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
11 Juil 2020	C	150 DD		
	ECG	50 DD	-	Dr. Lahcen ZIDI Omnipratition - Echographie 422, Bd. Dakha Jamila 5 C.D - CASABLANCA Tél. 022.29.15.82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE IBN HOUSSAIN DR BENKIRANE HANANE JAMILA V RUE 165 N° 951 CASA TEL. 022.29.15.82	11/07/20	540,10 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

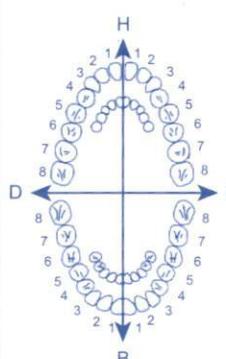
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
00000000		00000000																				
D	00000000	00000000																				
35533411		11433553																				
B																						
G																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
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. Lahcen ZIDI

الدكتور لحسن الزيدي

OMNIPRATICIEN

Diplôme en Echographie Clinique
Electrocardigramme

Sur Rendez-vous

PHARMACIE EN EL MOUAZ
DR BENKIRANE HANANE
JAMILA V RUE 55 N° 38
ASA TEL 022 581 61 11

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

بالموعد

FAB / MFR: 01-2020
EXP: 12-2022

PPV: 66,80 DH

11 Juil 2020 Patient :



66,80 - flumezine crue 100 mg
1 sachet - 100 mg 100 mg

PPV: 43DH00
PER: 09/21
LOT: 12067

PPV: 43DH00
PER: 01/22
LOT: J042

43,00 x 2 - Angelos 3 gr



1 sachet - 3 gr

Zi Zerata Ain Seba Casablanca Maroc
FORLAX 10G SAC B20 LOT: P19712
P.P.V.: 73,50 DH Exp: 08/2022
6118001181193

73,50 - folate rectal
1 sachet / 100 mg

LOT: 205002 PERIDS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V: 37DH10
6 118000 011255

37,10 - peri dys 4 gr

Dr. Lahcen ZIDI
Omnipraticien - Echographie
422, Bd. Dakhla
C.D. Casablanca
Tél. 0522.29.15.82

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Seroplex 10mg, cp sec b28
P.P.V: 240,00 DH
6 118001 081363

24,00 - Seroplex 10 mg
1 sachet - 10 mg - 2 mg

~~36,70~~

~~340,00~~

Dr. Lahcen ZIDI
Omnipraticien - Echographie
422, Bd. Dakhla Jamila 5
C.D. - CASABLANCA
Tél. 022.29.15.82

PHARMACIE IBN EL MOATAZ
DR BENKIRANE HANANE
JAMILA V RUE 165 N° 3B
CASABLANCA TEL 022.58.58.58

36,70

SV

1
4
1
2

1
2
1

02 abr mi

Dr. Lahcen ZIDI
Omnipraticien - Echographie
422, Bd. Dakhla Jamila 5
C.D. - CASABLANCA
Tél. 022.29.15.82

PHARMACIE IBN EL MOATAZ
DR BENKIRANE HANANE
JAMILA V RUE 165 N° 3B
CASABLANCA TEL 022.58.58.58