

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

Informations 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.

Education :

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 :

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 580

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H.RAFI Bouchair

Date de naissance : 21.1.1941

Adresse : 100 Beldi, Rue 143, E.S.A.T.

Tél. : 062 986 05 29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.07.2010

Nom et prénom du malade : H.RAF Bouchair Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : panaris, IV, gout, l'angio - Myp.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0031098

ND: 44 221

Optique

Autres

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
24/07/2020	Actes	C	150.-DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Al Meustaq CASA tel: 05 22 58 47 72	21/07/2022	840,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the lateral incisor positions. Arrows labeled D (distal), H (mesial), and B (basal) indicate anatomical directions.

[Création, remont, adjonction]

ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

EXECUTION DES ORDONNANCES		
armacien isseur	Date	Montant de la Facture
AGE MAMOUR tel: 05 22 58 47 12	21/07/2005	800,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Signature du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
signature ticien	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			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancérologique			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
CÔTÉ DES TRAITEMENTS			
PPV 116DH40 LOT 86039 8 EXP 12/2020			
MONTANT DES SOINS			
 FLOXAM Flucloxacilline 500 mg capsules PPV : 51,40 DH			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
L 19/42 UT AV : 10/2022 PPV: 199,00 DH LOT 200087 EXP 01/2024 PPV 46,70 DH DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION			
CÔEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION			
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

ORDONNANCE

Le: 01/07/2020

DC EL ATOUANI TISS
Medecine Generale
78101 Paris Cedex 13
Télé: 01 55 22 32 13

Dr HAF

Boutahar

105.0° " Tegumal
JFJ



16.7° Zylar 100g
JFJ



116.4° Flonac 100g
JFJ + SIT



22.0° Cibalac 100g
JFJ + SIT

صيدلية تسنيم
PHARMACEUTICAL MAAROUF
Al Moustaqbel - 2nd Maârouf
CH-5A - Tel: 05 22 58 41 72

54.1° → Profund long
soft



العنوان: شارع مصطفى نعيم
المنطقة: مساكن العبدلي
البلدة: العبدلي
المحافظة: جنوب دمشق
الرمز البريدي: 72158
الرقم: 0522584172

$\leftarrow \text{A. } \text{NO}_x^3$ Dashed $\text{IN}^{\frac{2}{3}}\text{I}$



۱۹۴

840.40

Dashdo $\rightarrow N^{\frac{2}{3}}$