

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.

Diagnostique 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.

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.

Prothèse :

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

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



45631

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013592

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07147 Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Amal Badi Date de naissance : 01/10/1968

Adresse : 30 Rue Mohammed V Ahmed est paoury ch

Tél. : 0662394380 Total des frais engagés : 2021/166,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2020

Nom et prénom du malade : Badia Amal Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : angor

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) :

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
01/09/20	CK	1	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispenseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 6, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél: 05.22.98.42.73	01/09/2020	166,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

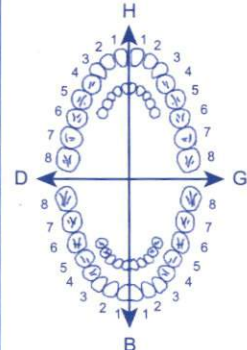
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

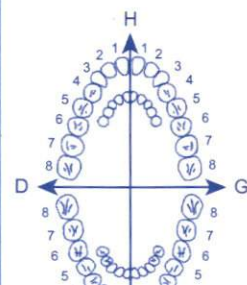
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			



Nom : Badichi Amat

Casablanca, le : 01.09.2020

1) Zithromax
79,70 s cp 15 3j

2) Myantalgie
30,00 s cp 2 fl 15 3j

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
15, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73

3) Spasgan 80mg
27,50 s cp 2 fl 15 3j

T = 166,00

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
15, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73

Dr. Kabbaj Bencherif Noufissa
MEDECINE GÉNÉRALE
CASABLANCA - Tél. 25.28.07

ZITHROMAX® 500 mg
en comprimés sécables, boîte de 3
AZITHROMYCINE

Veuillez lire
contient des
- Gardez cet
- Si vous av
infirmier/ère
- Ce médicam
Il pourrait le
- Si vous ré
pharmacien ou
serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1279481
Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2021
PPV : 79,70 DH

1. Qu'est-ce que Zithromax® et dans quel cas est-il utilisé ?
Le groupe pharmacothérapeutique Zithromax® est un antibiotique, appartenant au groupe des azalides (macrolides). Il s'agit d'un dérivé semi-synthétique de l'érythromycine.
Indications : Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des pharmacocinétiques de l'azithromycine.

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 30DH00 EXP 09/2021
LOT 97024 2
30,00

PPV
LOT
PER
28,80

27,50