

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.

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.

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

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

N° P19- 066722

Optique *49100* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3073* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *ES SAKHI BRAHIM*

Date de naissance :

Adresse : *Résidence ABDADAMONE - Rue 1 N°15 Eloufia*

Cap Casablanca

Tél. : *068 19 0181* Total des frais engagés : *573,90* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *17/11/2020*

Nom et prénom du malade : *GHIBAD* Age : *57*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Goutte au 1*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *27 NOV. 2020*

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 17/11/2020* Le : *17/11/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *ES SAKHI BRAHIM*



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
17/11/06	05		150,00	Dr Majeed Al-Sarhan Médecin et Chirurgien Dentiste Av. Atlas R. 318, Missaïd Casablanca - Tel: 0522 65 20 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE SARANAZ 140 Lot Smaïda Lssasta Tél/Fax: 05 22 65 20 07	17/11/06	1423,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

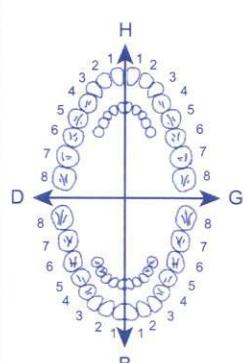
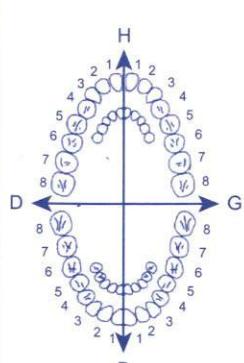
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doutre Majda Benboujida

Médecin Généraliste

Echographie Générale

Ancienne interne des hôpitaux



الدكتورة ماجدة بنبوجيدة

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيبة سابقاً بالمستشفيات

17/11/126

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

SH 022 GZHBZD AZCHA

SH 022

① - Zolcus 2nd

ل.د

SP

Chlorhexidine 400

SP

35,33

14/11

② - Drf

40000

SP

14/11 3 fls 1g

VL 3,3

PHARMACIE SARANAZ
140 Lot S.A.R.L.A.U
C25, bldn 1, Lissasfa
Tel/Fax : 05 22 65 20 07

Majda BENBOUJIDA
Médecin Généraliste
Av Atlas Rue Jabal Michlifen
N° 318 Lissasfa 1
Casablanca - Tél 0522 63 05 25

شارع الأطلس، زنقة جبل ميشلين رقم 318 - ليساسفة 1 (أمام سوق القصب) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 65 05 35
Avenue Atlas, Rue Jabal Michlifen, N°318 - Lissasfa 1 - Casablanca - Tél : 05 22 65 05 35

52.80

ZOLUS 20 mg
Boîte de 14 gélules



6 118000 311270

ZENITH Pharma

ZENITH FRANCE
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

35,30

BRUFEN®

400 mg Ibuprofène
suspension orale
sachets



6 118000 080015