

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-707076

133922

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 875

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KABBAJ

El Eddine

Date de naissance :

01/01/1942

Adresse :

11, Rue Zewzile Oasis

Casablanca

Tél. : 0661 31 02 14

Total des frais engagés :

976,90 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/09/2012

Nom et prénom du malade :

Kabbari Naima Né Benai 72 ans

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angine

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.

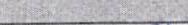
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

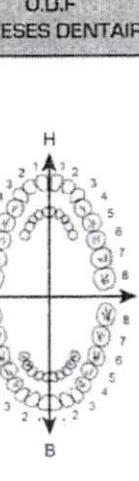
Le : 01/09/2012

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Al Bousheir Rue Al Bousheir Oasis Casablanca Tel 022 99 64 30 292087428	01/09/22	426,90 DH

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																									
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																									
				Montants des soins <input type="checkbox"/>																									
				Début d'exécution <input type="checkbox"/>																									
				Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																									
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 					DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1508 872 1709 1016"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	H		25533412	21433562			00000000	00000000	D		00000000	00000000			35533411	11433553	B			
				H		25533412	21433562																						
						00000000	00000000																						
				D		00000000	00000000																						
						35533411	11433553																						
B																													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																								
					Montants des soins <input type="checkbox"/>																								
					Date du devis <input type="checkbox"/>																								
					Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																								

Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI

Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca

Ancien médecin interne au CHU Ibn Rochd

Casablanca le

01/09/22

Nom et Prénom :

ame Kabbaj Naima Né Benhaim

138,30

Augmentin 500 cp x 21g 18te

350,00 Celebrex 1cp 1g 15te

62,00

Doxycycline S.V. 100 drop 1em x 31g 1fl

19,60

Dene forte 100.000 1amp 15g

161,00

Doliprane 1g cp x 21g 18te

301,60 x 40

Endorex cp 2mg 2cp/g 1086

29,90 (ص 29)

Pharmacie ABOUDAEI
Rue des Bouvreuils
Casablanca

إقامة بنس بلازا، رقم 400 شارع الزرقطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء

Business Plaza, N° 400 Bd. Zerkouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca

Tél. : 05 22 47 16 89 - الهاتف : E-mail : kabbaj_ghita2008@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا

بالمراكز الاستشفائية الجامعية ابن رشد

بروكاروبياريد
Esidrex® 25 mg

Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 1 18000 181194

PPV : 30,60

Exp :

N° Lot:

PPV : 30,60

Exp :

N° Lot:

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 1 18000 181194

PPV : 30,60

Exp :

N° Lot:

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 1 18000 181194

كليرونيازيد

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 1 18000 181194

N° Lot :
Exp :
PPV :

30,60

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot:

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 1 18000 181194
PPV : 30,60
Exp :
N° Lot:

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables

6 1 18000 181194

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot:

PPV : 129,30 DH

LOT : 649724

PER : 03/24

PPV : 49,60 DH
LOT : 22C01
EXP : 03/2025

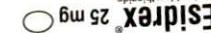
30,60

PPV :

Exp :

N° Lot:

6 1 18000 181194
20 comprimés sécables
Hydrochlorothiazide
Esidrex® 25 mg



PPV :

Exp :

N° Lot:

30,60

LOT:220223
DUO:02/2025
69,00DH

Lot. 128481
150,00

Exp. 14-2-25

P 150,00

CELEBREK®

200 mg 20 GELULES



PPV:14DH00

PER:06/25

LOT:L11940