

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 vignette 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03522

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : BENOUNA Khalid

Autre :

Date de naissance : 08/03/1952

Adresse : 17 Driss

Tél. : 0661161444 Total des frais engagés : 1340 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENOUNA Khalid Drissi Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

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 : 18/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE A ANDREUSSA CASABLANCA 126, Rue Dom Pignon Franceville 2 Casablanca</i>	20/06/22	153,45

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>M 1 2 3 4 5 6 7 8</i>	<i>CS</i>	<i>Q</i>	<i>[Signature]</i>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Labels H, G, D				

**CENTRE DE CHIRURGIE
DENTAIRE**

Dr. Amina NAJJARA

Chirurgienne Dentiste

Soins Dentaires- Dentisterie

Esthétique – Prothèse

Chirurgie Orale – Orthodontie -
Parodontie

PPV: 98DH00
PER: 02-25
LOT: L 508

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

12 SACHETS



SURGAM 200MG
CP SEC B20

P.P.V : 55DH40



PER: 01 : 19E002
2022

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
CASABLANCA
26, Rue Don Perignon Franceville 2
Casablanca

Casablanca Le

22/06/2022

مركز طب وجراحة الأسنان

ذ. أمينة نجارة

علاج الأسنان – جراحة – تعويض الأسنان

أمراض اللثة – تقويم الأسنان

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
CASABLANCA
126, Rue Dom Perignon Franceville 2
Casablanca

1) ZARDOXA

7S
KS

WAST

55,00

2) Engraving
N 28

38

YR

(en)

CHIRURGIE DENTAIRE
CENTRE NAJJARA
2022, Bd. Mustapha LAMAANI
CASABLANCA TAI 2022-2023

PLATIS

258, Mustapha Lamaani 1er Etage N 3- Casablanca

Tél :0522202203-GSM : 0666896796

T = 153.4.