

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 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

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.

M22- 0053301

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06628 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : 163153

Nom & Prénom : FACHITALI DRIS

Date de naissance : 04/03/1966

Adresse : Bd. Allal Ben Abdellah Bn. 1er étage 163153

anfa aéro city app 62 La Sakhane

Tél. : 0661310635 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. FACHITALI DRIS 19, Bd. Inzgane Ben Lemboune 10000 Casablanca

Date de consultation : 02/05/2013 Nom et prénom du malade : FACHITALI DRIS Age: 51ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + Branchie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : La Sakhane le 02/05/2013 Le : / /

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
07/05/2023	C1	100		Dr. RENAUDIN Nourreddine 18 Bd. Jules Guesde 75011 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARCHEUR D'ANFA SARL Bouc 197, Bd. Bourgogne Tél.: 05 22 36 92 59 IF: 37749011002326092048958	09/05/23	198,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

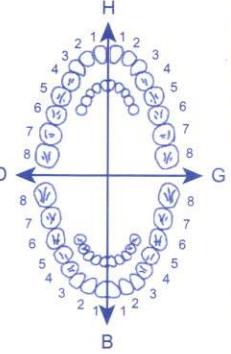
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

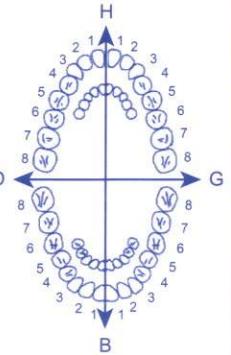
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Antibiotique

15 comprimés

LOT : 5453
UT. AV : 12-23
P.P.V : 75 DH 50

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم дозات المقدمة - Tableau (لائحة)
مصرف: قدرة
نحو: ٢٠ مجم
عديمة: ملبة
جذور: A (٥٥٪)

Uniquement sur ordonnance - Tableau (لائحة)

Sariofi-Aventis Maroc

Sariofi-Aventis A.P.1.
Route de Rabat à Casablanca

Ain sebâ 20 mg 20 cp

Solupred 48,70
P.P.V :
€ 118,00 061535

OPEN

P.P.V: 98DH00
PER: 01-26
LOT: M177



Docteur Benyakhlef Noureddine

الدكتور بنيخلف نور الدين

Omnipraticien

الطب العام

PHARMACIE PORTE D'ANFA SAN LAU

Diplome d'echiographie Générale

شهادة الفحص بالصدى
Bouchra AMAR

شهادة الخبرة الطبية
197, Bd. Bourgogne - Casablanca

Diplome de Sénotogie: 05 22 36 92 59 - RC : 447169

شهادة أمراض الثدي

Electrocardiogramme 7734689 - ICE : 002312695

الفحص الإلكتروني للقلب

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

خبرير محلف مقبول لدى المحاكم

Casablanca, le : 02/05/2024

N'fachkali Driss

98,00

✓ Zamox 197, Bd. Bourgogne - Casablanca

PHARMACIE PORTE D'ANFA SAN LAU
Tél. : 05 22 36 92 59 - RC : 447169

48,70

18 x 2/1

1

COVERSYL® OVERSYL® OVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

dopril arginine

rimés pelliculés sécables

5 mg

ril arginine

s pelliculés sécables **5 mg**

30

Comprimés pelliculés sécables

rimés pelliculés sécables

es pelliculés sécables



92,00

92,00

92,00