

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

- Reclamation : 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- 0046157

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4673**

Société : **RRM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BINHRA Rei**

Date de naissance : **08-02-1953**

Adresse : **BP. 4002 - Clerb. Seffane et Fida**

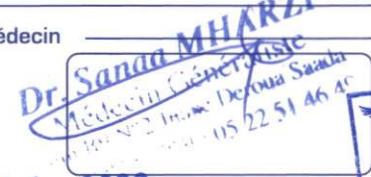
dz. b Sidna casablanca

Tél. : **066 1215936**

Total des frais engagés : **724,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06 Juin 2023**

Nom et prénom du malade : **Basel Fakir**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Céphalgie + Artérite + Cystite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

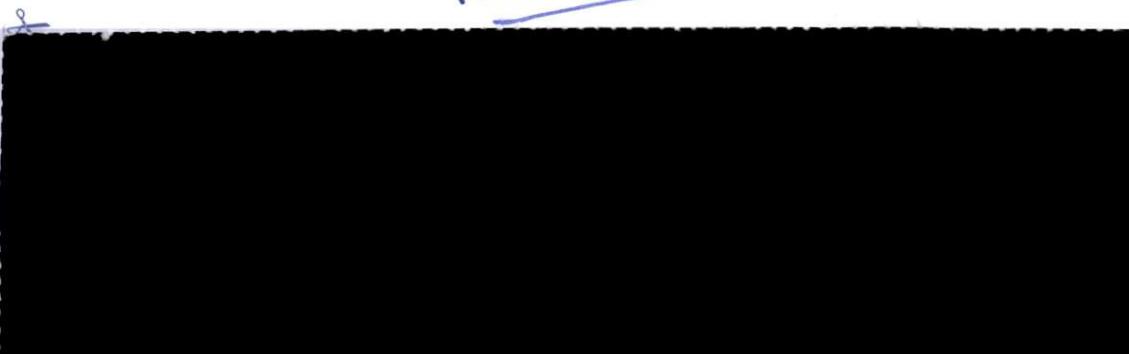
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casablanca**

Le : **08/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Basel**



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
06 Juin 2023	L		# 150,00 #	<i>Dr. Sanaa M. M. M.</i> Médecin Officiel num 89 N°2 In. 2019 Tél. 05 22 51 36 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

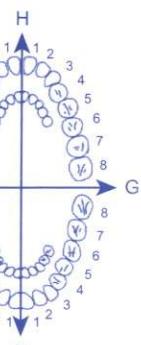
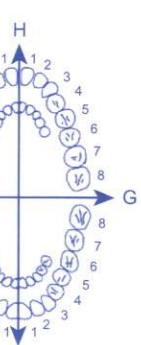
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} $			Montants des soins
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanaa MHARZI



الدكتورة سناه امحرزي

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplôme Universitaire en Diabétologie

Diplôme Universitaire de Nutrition
et Thérapeutiques Métaboliques

Suivi de Grossesse

ECHOGRAPHIE

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في أمراض السكري

دبلوم جامعي في التغذية وأمراض الأيض

متابعة الحمل

الفحص بالصدى

Date : 06 JUIN 2023

N^o B32 FAKIR RKIA

66.0⁰⁰ S.I. Egol 20 mg

92.80 S.I. 1 gel 15 ml jebo pte

99.0 S.I. Metformin 1600

39 S.I. 1 gel 500 mg x 2/15 J.R.

77.00 S.I. Citalopram : 1 gel x 2/15 J.R.

90.00 S.I. Redukt : 1 gel x 2/15 J.R.

65.00 S.I. Oxflo 200 : 1 gel x 2/15 J.R.

عمارة B9 اشتية رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Déroua.

Tél. : 05 22 51 46 49 - Mail : Dr.mharzisanaa@gmail.com

61.50 21 Mohic 15.00
1 ep 15

37.50 21 Duxon 1 ep x 2 15
fix: 05.22.53.20.54
2441016sement el wala
PHARMACE EL OUMOURA
Rep

Dr. Sanaa MHAZI
Médecin Généraliste
B9 N°2 In: Deroua Sanaa
Tél: 05 22 51 46 49

14/30

LOT : 5980
PER: 12/25
PPV: 46DH00

NEOFORTAN® 160 mg

024 0526
PER

PPV 98DH80
EXP 10/2025
LOT 2D023 7

fix: 05.22.53.20.54
2441016sement el wala
PHARMACE EL OUMOURA

LOT: 001 PER: 04-26
PER:
PPC: 90,00 Dh

PPU 65DH00
EXP 10-2025
LOT 26057 1

PPV: 61DH50
PER: 01/26
LOT: M095

DUOX 500 mg/2 mg
Boîte de 20 comprimés
500 mg/2 mg
Boîte de 20 comprimés

37.00