

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.

M22- 0012291

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0497

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benyamin

Brahimi

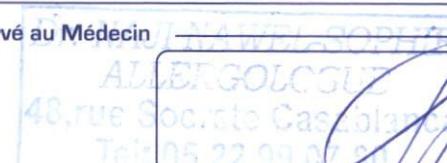
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05.05.2023

Nom et prénom du malade : Benyamin Brahim

Lien de parenté :

Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection : Ce ne est Allergique

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 : 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
05.05.93	0563	02	350,11	<i>(Handwritten signatures and a large blue circular stamp reading "Dr. J. P. NAWROT - Dentiste - Paris - 13030" are present over this row.)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Circular stamp of Pharmacie Nainfa INP: 9204469)</i>	05.05.93	283,40

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJI Nawel-Sophie

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

Consultations sur rendez-vous



الدكتورة نجي نوال صوفي

اختصاصية في أمراض العساسية

مرض الربو - كزيمة

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب ببوردو

طبيبة اختصاصية مستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le .. 05 . 05 . 2023

Benzabdelkarim El Filali

Khadija

148,00

Bactospray

1/4 h et Soir

AS

SP

10/jrs

39,70

fuclidine crème l'application x 2 SP 10/jrs

32,50

Diprosone au Skinnoseare crème

1 application x 2 Pendant
5 jours puis 1 application SP 8 jours

63,20

ZYRTEC ep

1cp/j le soir SP 5 jours à 10j
selon le besoin

Enviroseab

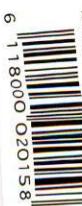
Jo J10 puis ts-4 mois

283,40

48, Rue SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)

Maârif extension - Casablanca - Tél: 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

BACTOSPRAY
LOT: 2205016
EXP: 06/2025
PPC: 148.00DH



Zyrtec® 10mg
15 comprimés sécables
AMM N° 360/14 DMD/21



زيرتك ١٠ ملخ
سيتيريزين ديكلورهيدرات

63,20

15 قرصاً ملمسة قابلة للكسر

125 ml

Distribué par :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal, RES BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com



بِرْوَزُون ٠,٥% كريم

فيتامينات زيتون
لدهن فقط

LOT : 159
PER : DEC 2025
PPV : 32 DH 50



Fucidine® 2%

crème Tube de 15 g

39,70