

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-815599

A74158

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AZIZ BOUKHRIS

Date de naissance :

06-05-68

Adresse :

Crash Cross Town 16th fl, mm 1st Abd. Dammam

Tél. : 0661217538

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mr BOUKHRIS AZIZ

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 : 06 SEP. 17

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
24-06-23 cst.			<i>Cachet</i>	INP : <i>094MFTGIA</i> <i>Dr. N. casa</i> <i>docteur N. casa</i> <i>Chirurgie</i> <i>Audiologie</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Maria AZENNAR Centro Farmaceutico Casa Green</i>	24/12/23	648,83 دينار
		<i>PHARMACIE GREENTOWN Dr. Maria AZENNAR Centro Farmaceutico Casa Green Total: 648,83</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS 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.																																												
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																																												
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>														COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																				
	H	25533412	21433552																																									
	D	00000000	00000000																																									
	B	35533411	11433553																																									
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																							



Chirurgie micro-invasive
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie Carcinologique

6 24-08-23

Mr. BOUKHRIS. AZIZ.

(7m.80 x 6)

S.V

- Megaflex 500mg.
02CP1010Jr. pd 15gr.

T = 18.8

Dr. M'hamed AZENNAR
PHARMACIE GREEN TOWN
الدكتور مهamed azennar
Center Commercial Casablanca Green Town
الدار البيضاء سوكورا - تل: +212 522 47 12 12 • GSM : +212 661 30 14 30
CNSS: 6010657 • Patente : 35515060 • IF: 43301093 • ICE : 001685869000048



٧٤١٨٠

٥٠٠
مٌلٌغ

١٠

سيبروفلوكساسين
Megaflow®

٣٠

مٌلٌغ
العلق

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610



٧٤١٨٠

٥٠٠
مٌلٌغ

١٠

سيبروفلوكساسين
Megaflow®

٣٠

مٌلٌغ
القلم

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610



٧٤١٨٠

٥٠٠
مٌلٌغ

١٠

سيبروفلوكساسين
Megaflow®

٣٠

مٌلٌغ
العلق

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610



٧٤١٨٠

٥٠٠
مٌلٌغ

١٠

سيبروفلوكساسين
Megaflow®



مٌلٌغ
العلق

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610



٧٤١٨٠

٥٠٠
مٌلٌغ

١٠

سيبروفلوكساسين
Megaflow®



مٌلٌغ
العلق

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610



٧٤١٨٠

٥٠٠
مٌلٌغ

١٠

سيبروفلوكساسين
Megaflow®

٣٠

مٌلٌغ
العلق

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610