

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-665616

17888

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5306	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENZAHRA HALIMA
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : 0666491629	
Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 16/9/2013			
Nom et prénom du malade : BEN ZAHRA HALIMA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Bon état + conjoint			
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 : / /

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
16/07/23	C		150 DH	INP : 09 120 1954 DT. B. S. CAT Dr. Moustakbal Rue Souissi - Casablanca Tél: 02 22 22 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Khalil Moushami</i>	16/07/23	814,2

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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	INP : <input type="text"/>
-----------------	----------------	------------------	-------------	----------------------------

				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Bouchra SEKKAT
Médecine Générale

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA
Diplômée en Colposcopie & Gynécologie Médicale
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

د. بشري السقاط
الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التلفزة)

و الامراض التناسلية السيدا

اختصاصية في التظير المهبلي و أمراض النساء

طبية سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le :

16/9/2023

BEN ZAHRA

HALIMA

79,70 x 2

(1)

AZIX 500

(2) S

21,10 x 2

(2)

1 p 1j x 06j

Fever x 45

3 sachet x 3 j. x 06j

31,5

(?)

AKIN DEX

(S)

22,10 x 6

(4)

1 C05 x 3 j. x 06j

Cedol

117,5

(5)

1 p x 3 j.

ZYLET collyre

69,8

(6)

2 goutte x 3 j. x 06j

Zooges 40

307,166

(7)

1 fel 6 Metz x 10j

Gyneca 70

81h,1

(7)

Dr. Bouchra SEKKAT

96, Rue Socco Sidi Mâârouf - Casablanca

Tél: 05 22 32 10 07 - Casablanca 20280

AZIX®
Azithromycine

500 mg

3 Comprimés
sécables

bottU s.a.
82, Allée des Casuarines - Alin Sabla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ZIX®
Azithromycine

500 mg

3 Comprimés
sécables

bottU s.a.
82, Allée des Casuarines - Alin Sabla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AZIX®
Azithromycine

500 mg
Voie orale

PPV 79DH74
PWR 08/84
LOT K2276

Azithromycine

500 mg
Voie orale

PPV 79DH70
PWR 01/25
LOT 1107

LOT 211969
EXP 10/2023
PPV 69.80DH

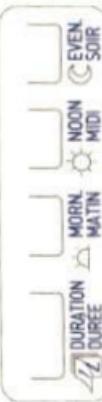
40 mg
Voie Orale
Oral route

ZEGAS®
Esomeprazole

7 x 

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

COOPER
PHARMA



FEBREX®

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED | LOT : 3419
UT.AV: 04-26
PPV:21DH00

FEBREX®

mg

Adulte

- Rhume
- État Grippeux
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED | LOT : 3582
UT.AV: 11-25
PPV: 21DH00

A24040