

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



N° 37 526

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007380

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENZAHRA HAUMA Date de naissance :
 Adresse : 22, RUE ABU ABBA EL AZI - CASABLANCA
 Tél. : 066649 1229 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



09 120 1954

Date de consultation : 17 / 6 / 2020
 Nom et prénom du malade : BENZAHRA Halima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite + Aff. digestive
 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) : /

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/06/20 | | | 150,81 | Dr. B. SEKAT M. Me. Boustakba Imm A 24 GH. 13 Appl. 1 Casa |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie - Maadi Rue Sidi Bou Merzoug Tél. 0522 26 22 00 Madame BARTAL FATIMA | 17/06/20 | 524,10 |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|---------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)

والأمراض التناسلية - السيدا

اختصاصية في التنظير المهبل وأمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 17/6/2020

BEN ZAHRA Halima

267,20 (1) Zivlox 400

1 cp 1j x 07j

31,20 (2) Bounchehiol

1 ccs x 3j x 10j

78,20 (3) lorenus

1 cp 1j x 10j

32,20 (4) EVCARBON

1 cp x 3j x 10j

12,20 (5) Kalen

1 gel 1j x 10j

52,20

14

Gélules



voie orale

**Microgranules
Gastrorésistants**

KALEST[®]

Oméprazole — 20 mg



MC PHARMA

LOT 181366
EXP 02/2021
PPV 42.00DH

14

Gélules



voie orale

**Microgranules
Gastrorésistants**

KALEST[®]

Oméprazole — 20 mg



MC PHARMA

LOT 181366
EXP 02/2021
PPV 42.00DH



Lot:

EXP:

PPV:

3 4 9 5 A

0 3 . 2 0 2 4

3 0 0 D H S

32,00

EUCARBON®

Charbon végétal pulvérisé

Extrait sec de rhubarbe

Feuilles de séné

Soufre purifié

Voie orale

30 comprimés



Lot:

EXP:

PPV:

3 4 9 5 A
0 3 . 2 0 2 4
3 0 0 D H S

32,00

EUCARBON®

Charbon végétal pulvérisé

Extrait sec de rhubarbe

Feuilles de séné

Soufre purifié

Voie orale

30 comprimés



BRONCHATHIOL®

150 ml

Solution Buvable

FLUIDIFIANT
des voies
respiratoires

BRONCHATHIOL®

Carbocistéine 5%

37,20

P.N.V. 3101100
P.E.R. 04/22
L.O.T. 11010

ADULTE

زيفلوكسين

Zivlox 400 mg

7 Comprimés

Deva Pharmaceutique

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

مضاد حيوي

عن طريق الفم

LOT: M0242

PER: 06/2021

PPV: 267,00 DH

7 أقراص ملبسة

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

147-148 المنطقة الصناعية بيطمليك - الدار البيضاء



LORFELS[®]

Desloratadine

5 mg

30

Comprimés

Pelliculés

Voie orale

bottu_{SA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV
PER
LOT

78,20
78DH20
02 / 22
J396 - 3