

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

IS : 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° 21253

Déclaration de Maladie : N° P19-0007377

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENZATTA LAHIA Date de naissance :
Adresse : 22 Rue ABU ABAS EL AZIZ - CASABLANCA
Tél : 0806491229 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/19
Nom et prénom du malade : BEN Zuhra Lahia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gonarthrose, arthrose gche et droite
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
02/12/19	C2	2500		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie BARTAL FATIMA Rue Socrate - Maarif Casablanca - Tél : 0522 25 22 09</p>	02/12/19	242,2

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	
	16/12/19	AMMA				(180x10) = 1800000

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 canaux, 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														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) 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. ABOU EL FADEL Omar

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main
Echographie
Maladies du Dos et Médecine du Sport



د. ابو الفاضل عمر

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
زراعة المفاصل
جراحة اليد
الفحص بالصدى
الام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le 22/12/19 في الدار البيضاء

57,10x2



Ben Zuhra
Hulima

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

22,10x2



1 sachet / pt 10
après rep

Ceolol

12,10x2 1 up + 3 / 5 pt 05

après rep

Hulima
1 yd / pt 10

217 Bd Ibrahim Roudani Appt 5 et 2^{ème} Étage (Résidence El Frâh) - Maârif Extension - Casablanca

217 شارع ابراهيم الروداني شقة 5 الطابق الثاني (إقامة الفتح) - المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 40 79 - Tél : 05 22 25 40 79 - Urgences : البريد الإلكتروني : email : casaortho@gmail.com

④

No receipt

1 app = 3 / 5 per 10

د. ابو القاسم
Dr. ABU QEL FADEL Omar
Charité - Orthopaedien Zentrum
201 Rd. Reham Fawzan, Residence El-Fatih, Cairo

Dr. ABOU EL FADEL Omar

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main
Echographie
Maladies du Dos et Médecine du Sport



د. ابو الفاضل عمر

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
زراعة المفاصل
جراحة اليد
الفحص بالصدى
الام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le 22/12/14 في الدار البيضاء

Lettre de rééducation
je vous adresse la
patient Ben Zahrou
Moukha qui présente
des douleurs arthrosiques
gch
Fusée 1000
rééducation
gch

- de Kinésithérapie
- adaptation Physique
- S.A.R.L. A.U.
- Dr. Ibrahim Roudani
- 130, Casablanca
- 1, App 03 - Casablanca

217 Bd Ibrahim Roudani Appt 5 et 2^{ème} Étage (Résidence El Fath) - Maârif Extension - Casablanca

217, شارع ابراهيم الروداني شقة 5 الطابق الثاني (إقامة الفتح) - المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 40 79 - Tél : 07 62 75 44 49 - Urgences : البريد الإلكتروني : E-mail : casaortho@gmail.com

14

Voie orale

Gélules

Microgranules
Gastrorésistants

LOT 181366
EXP 02/2021
PPV 42.00DH

KALEST[®]

Oméprazole — 20 mg



MC PHARMA

14

Voie orale

Gélules

Microgranules
Gastrorésistants

LOT 181366
EXP 02/2021
PPV 42.00DH

KALEST[®]

Oméprazole — 20 mg



MC PHARMA

بريكسين[®] 20 مغ

بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

10 أكياس

عن طريق الفم

 **chiesi**

L 0 7 1 9 0 1 3
F E R S E P 2 2
F I V 3 7 0 H 1 0

57,10



بريكسين[®] 20 مغ

بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

10 أكياس

عن طريق الفم

 **chiesi**

L 0 7 1 9 0 1 3
F E R S E P 2 2
F I V 3 7 0 H 1 0

57,10



سیدول

باراسیتامول / 500mg

Cédo!®
20 Comprimés



22.00



6 118000 180913

سیدول

باراسیتامول / 500mg

Cédo!®
20 Comprimés



22.00

