

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21915

9419

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSA AÏT RACHID

Date de naissance :

14/10/1971

Adresse :

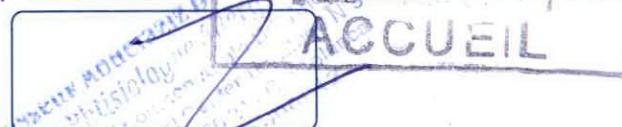
Résidence Marjana

Tél. :

0663441135 Total des frais engagés : 19 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MESBAH Kenza Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie aigre

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 : 18/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ARIJ SARL AU Route 1029 Oued Sidi - Salifone Tél 05 22 21 30 07 - Casablanca RC - 36 1421	21.10.2020	37.1.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/01/2020	Pathology	200,00

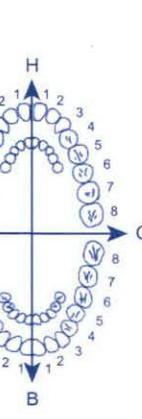
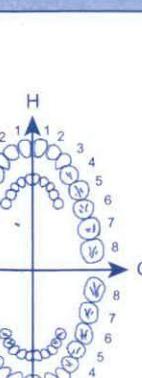
AUXILIAIRES MÉDICAUX

RELEVÉ 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'ostéodensitométrie.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

Professeur Abdelaziz BAKHATÁR
Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

21.01.2020

Casablanca, le

الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكالوريوس الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A.

التحق بمختبر بوجون باريس

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Mme MESBAH KENZA

29.70 x 2

1 - ZITHROMAX 500 MG

28.~ 1 par jour, pendant 6 jours.

2 - CLARTEC 10 MG

20.~ 1 le soir et au coucher, pendant 1 mois.

3 - DOLIGRIPPE 500 MG SACHET

60.~ 1 le matin, à midi et le soir, pendant 3 jours.

4 - ENTEROGERMINA PIPETTES

110.~ 1 le matin et le soir, pendant 6 jours.

5 - ALVITYL

Prendre 1 gellule le matin,

تادیا
S PHARMACIE AR
SAPL AU
Route 1009 Oued Sidi Cali
ادن
Tél 0522210007 - Casab
RC 361421

ZITHROMAX 500 MG

Boîte de 03 comprimés

Lot : 1279481

Date Fab : 08 / 2018 Date Exp : 07 / 2021

PPV : 79,70 DH

ZITHROMAX 500 MG

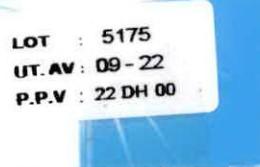
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1279481

Date Fab : 08 / 2018 Date Exp : 07 / 2021

PPV : 79,70 DH

PPV:20DH00
PER:05/22
LOT:I1169



Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

21 Janvier 2020

Casablanca, le الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Madame MESBAH KENZA

concernant l'examen RADIO THORAX FACE

la somme de 200 DHS

Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Rue Abdellatif Ben Yakkouche, 4109, Casablanca
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعنوق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

21 Janvier 2020

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Radio du thorax face

Nom : MESBAH

Prénom : KENZA

Qualité du cliché : bonne

Interprétation : normale

Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Faculté de Médecine et de Pharmacie
416, Bd. Abdelmoumen (Angle Bd. Anoual)
Rés. Anoual Capital Center, 1er Etage n°5
Tél: (+212) 5 22 99 66 24 — ICE : 002051431000012