

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610

Société : 6571

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHABIBA KHACI

Date de naissance : 01.07.1963

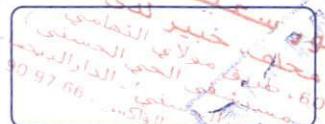
Adresse : HAFAT E HECOUFACOTTRIR

Tél. : 0663249974

Total des frais engagés : 683.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 MAR 2021

Nom et prénom du malade : CHABIBA KALID Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension / Allergie

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 : CASA

Le : 05/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LE PHARMACIE KARINA C.A.S.Y. - ZENICA ul. Idrizi 64 782291 Ljubljana Slovenia - Tel: 01/32293028</i>	<i>25/03/2021</i>	<i>183,90</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the occlusal surface of a 12th mandibular molar. The cusps are labeled with numbers 1 through 8. Arrows point from the labels to specific cusps: 'H' points to cusp 1, 'D' points to cusp 8, and 'B' points to cusp 1 again. The cusps are arranged in two main rows: upper (1-4) and lower (5-8). Cusps 1, 2, 3, and 4 are on the mesial side, while 5, 6, 7, and 8 are on the distal side.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوللي

طبيب محلف

جامعة محمد الخامس

جامعة محمد السادس

CABIRIA

Khalid

Casablanca, le :

25 MAR 2021

الدار البيضاء، في:

1 - Neofortan 160
980 x 2
1 g x 2

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 01/2024
LOT 0N033

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2022
LOT 90N44

2 - L 100 mg x 30
24.40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



30M55

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

3 - Nasonex 50
56,20

NASONEX 50 µg/pose

Suspension pour pulvérisation

Facon de 40 doses

P.P.V: 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc

STILNOX 1 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56 DH60

6 118000 061465

4 - Stilnox
56,60

PEP: 11/2024

LOT: 061469

P.P.V: 56 DH60

6 118000 061465

5 - Ventoline 100
45,30

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

118001 141258

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

6 - Zyrtec 100
55,00

PPV: 55,00 DH
LOT: 644696
PER: 12/21

لتهامى (قرب مصححة الضمان الاجتماعي) مازولا - العي السفلى - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani
Tel : 05 22.90.70.88 - البريد الإلكتروني : drgza@gmail.com