

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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° W19-471814

68461

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11353

Matricule : 11353 Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : DABUDI Nour

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661862063 Total des frais engagés : 831,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2021

Nom et prénom du malade : DABUDI Nour Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie :

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 06/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/03/2021

ET ADHÉRENT













RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 MARS 2021			<i>Signature</i>	INP : <i>Signature</i> Martine SABLAYROLLES B. Gynéco Obstétricienne Abdel

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.03.21	831.201CE

ANALYSES - RADIographies

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 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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
00000000		00000000														
B	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Catherine SABLAYROLLES BENNOUVA
Gynécologie - Accouchements
Diplômée de la faculté de médecine De Poitiers
Ancienne Interne des Hôpitaux de Poitiers
Diplômée en Echographie
Diplômée en Stérilité
Colposcopie

الدكتورة كاترين سايلرول بنونة اختصاصية في أمراض النساء والولادة خريجة جامعة بواتي بفرنسا

- 6 MARS 2021

Casablanca, le

40,50 + 3 - TARJYFERON 19/10 **AS** 32,10 - DIAME 19/10 **AS** 19/10 - CURACNE 19/10 **AS** 19,60 - RETAGYL 19/10 **AS**

44, Poujoulat - Neuhaussine
283, Bd. Hassan - Casablanca
Tél: 052 28 44 14

PHARMACIE L'UZOUBAR

16, 622 18 44 14
283, Bd. Hassan - Casablanca
Mr. Boujoula - Moussine
PHARMACIE L'UZOUBAR

Dr. Catherine SABLAYROLLES BERNOUNA
Gynécologie Obstétriques
Hicham Bd. Abdelmoumen
Casablanca

Résidence Hicham - Angle Bd. Abdelmalek et Rue Abou Marouane 105
1er Etage - Casablanca 20360 - Tél. 0522 84 18 75

U - 161605Z 223846 75
ICE : 0016130046 75

319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

LOT N° :

EXP :

PPV :

PPV : 40.50 DH

52,10

319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Curacne mg cap molle b30
 P.P.V : 289,00 DH
 6 118001 180721

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Curacne 20mg cap molle b30
 P.P.V : 289,00 DH
 6 118001 180721

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

RETACNYL 0,025 %
 Crème, tube de 30 g
 AMM N°261 DMP/21/NRQ
 PPV: 79,60 DH
 Distribué par SOTHEMA
 B.P N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
 6 118001 070497

PPV : 40.50 DH