

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ééducation :

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.

ntaire :

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

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.

ND: 78207

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENZAHR HA LIMIT

Date de naissance :

Adresse : 22, Rue ABU KABAS EL AZZI - CASABLANCA

Tél : 06 66 49 18 29

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2011

Nom et prénom du malade : BENZAHR HA LIMIT Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lombalgie + vertiges -

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/10/2011

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	C	-	120.00	DR. S. S. M. A. 24 GH. 13 Appl. - Cadee 120 1954

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Madame BARTAL FATIMA Pharmacie Acharaf Rue Socrate - Maârif Tél: 0522 25 22 69</p>		390,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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
		A M	P C	I M	I V	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزرة)

والأمراض التنايسية - السيدا

اختصاصية في التظير المهبلي وأمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

Casablanca, le : 14/10/21

BENZAHRA HALIMA



26,2

1

Voltaren SR 75

500 mg x 10j

28,8 x 2

2

vitanenil F 75

250 mg x 25j

52,8

3

aspir 20

5 gel le neti x 6j

51,8 x 4

4

YANGANIL 500

390,60

Madame BARTA FATIMA
Pharmacie Achraf
Rue Soufia - Marrakech
Casablanca - Tel: 0522 25 22 09

Dr B. SEKKAT
Médecine Générale
Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL
Imme 24 GH.13 Apt.1 - Casablanca

مجموعة الضحى المستقبل، مس 24، العمارة A24 - شقة 1 - سيدى معروف - الهاتف: 05 22 32 10 07 - الدار البيضاء 20280

Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Apt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasedekat@gmail.com : البريد الإلكتروني

PPV
LOT
PER

28,80



PPV
LOT
PER

28,80



20 ملخ
عن طريق الفم



اوهدس®
أوميبرازول

حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

14 X



مدة صلاحية ٢٠٢٤
الوقت ملخ

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

LOT 201158

EXP 04/2023

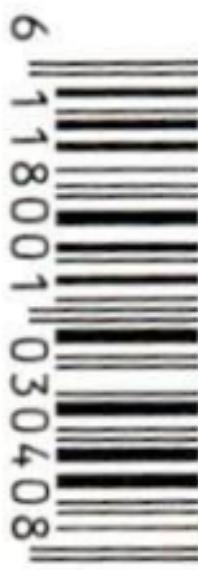
PPV 52.80 DH

COOPER
PHARMA

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.

لائحة II - يصرف فقط ب摩وجب وصفة طبية
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال.



○ VOLTAREN[®] SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

Voltarène[®] SR

75mg

20 comprimés enrobés

75 mg

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملг
30 قرص - 30



728860

VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

Médicament non soumis
à prescription médicale.

لا يخضع لوصفة طبية

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملг
30 قرص - 30



728860

VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

Médicament non soumis
à prescription médicale.

لا يخضع لوصفة طبية



Tanganol® 500 mg
تاجانيل® 500 ملجم

30 comprimés - 30 قرص

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340



728860

Médicament non soumis
à prescription médicale.

لا يخضع لوصفة طبية

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملг
30 قرص - 30



728860

VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

Médicament non soumis
à prescription médicale.

لا يخضع لوصفة طبية