

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

taire :

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.

adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

SR
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0030107**

Société : **86420**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **charakane Zahra**

Date de naissance : **01/01/1947**

Adresse : **Rue 157 N° 7 elouffa casa**

Tél. : **06 99 38 50 37** Total des frais engagés : **579,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. **IRAFIA Sakina**
Médecine Générale Echographie
Bd. Ouard Sebaa, Rue 174 N°65
Tél/Fax: 05 22 91 12 77
05 22 91 19 73 / ICE: 00210341500002

Cachet du médecin :

Date de consultation : **15/09/2021**

Nom et prénom du malade : **CHARKANE ZAHRA** Age : **74**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

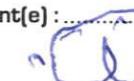
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

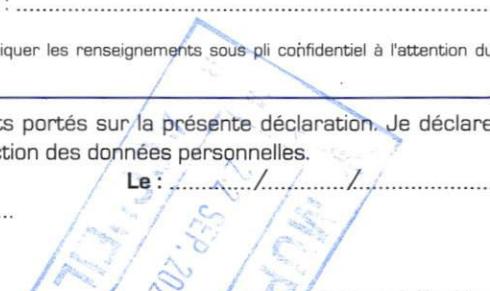
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **15/09/2021**





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
15-09 2021			1 = 200,00 Dhs	Dr. ARAFA SABRI Médecin Généraliste Bd. Ouled Tebboune 05 22 12 77 N° 174 N° 65 ICE: 002103415000634

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA ZEKRI Abdelatif Docteur en Pharmacie 220-221-54-06 Montoya El Cid Casablanca - Tél: 0522-90-51-13 ICE: 002251220000004	15/09/21	379.82

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

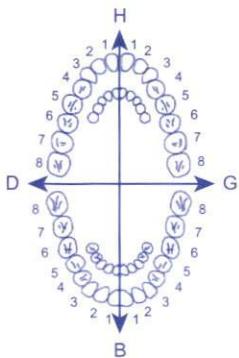
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي في سكينة

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

par l'Université H. II

Médecine de travail

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

ZEKRI Abdessi

Docteur en Pharmacie

100-222-224 Bd Oued Moulouya El Oued

Casablanca - Tel: 0522 90.51.43

ICE: 0022912200007

دبلوم الفحص بالصندوق

II من جامعة الحسن II

طب الشغل

379.80

Casablanca le

15/03/2021

الدار البيضاء

Charaklase Sakina

44,00 x 3

① Tecnam 5mg



21,80 x 5 14/17 le matin 5mg

② Aspiflex 100



43,00 x 2 14/17 le midi 100mg

③ Amglos 5mg



52,80 14/17 x 03mg

④ Oed 614



شارع واد سبو زنقة 174، رقم 65. الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 91 12 77 - المحمول: 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N°: 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél: 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000034

PPV: 44DH00
PER: 04/23
LOT: K1222

PPV: 44DH00
PER: 04/23
LOT: K1222

PPV: 44DH00
PER: 04/23
LOT: K1222

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 21E001
PER: 11/2022

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT: 21E002
PER: 12/2022

6 118000 061113

43,00
PPV 43DH00
PER 04/23
LOT K1093

43,00
PPV 43DH00
PER 04/23
LOT K1093

LOT 201587
EXP 05/2023
PPV 52.80DH