

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.

Education :

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.

Soins :

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

Préclamation : contact@mupras.com
Assurance en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Il est garanti le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6074 Société : 90349

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N. BENSARI Abd el Hakk

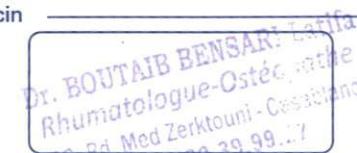
Date de naissance : 22/03/50

Adresse : Hay Nasseur Rue F 16 B¹ Abdelhak Bouzaleh

Tél. : 0663636465 Total des frais engagés : 739 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2011

Nom et prénom du malade : N. BENSARI Abd el Hakk, Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DL articulaire

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 : 17/11/2011

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/09/2021	ca	ca	30,-	Dr. BOUTAIB R.F.T.S. V.P. Rhumatologue-Ostéopathe 63, Sidi Abderrahmane Casablanca Tél: 0522 29 91 57

ORAIRES
aillé
res Cachet et signature d
attestant le Paiement
Dr. BOUTAIB B
Rhumatologue-Ostéopathe
Sidi Med Zerrouk - Casablanca
Tel: 0522.39.93
57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL KADDOUR N° 104 H.T. EL KADDOUR Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél. : 022-38-54-38	01-04-2021	439, 10 D. D. K.

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

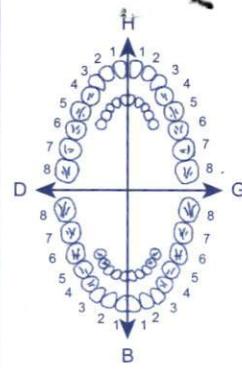
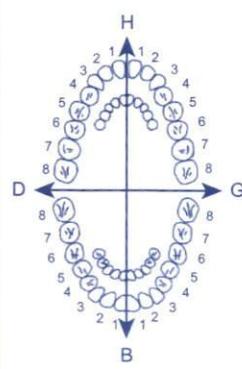
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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'OD.

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			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
[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				

اختصاصية في أمراض العظام

والمفاصل (الروماتيزم)

خريجة كلية الطب بمرسيليا

(فرنسا)

خبيرة محلفة لدى المحاكم



Spécialiste des Maladies des OS
et des Articulations
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Médecin Expert Assermenté près
les Tribunaux de Casablanca

Casablanca, le ٥٥/٠٩/٢٠٢١ الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Monseigneur BEN SARI. Abdelhakim

55,70 coltreum/l 21
x2 111,1

190,50 sep cem 5w
149,50



15,30 Vita C 1000
x3 1cpl,

45,60 celastene 4mg
x2 1771,5 x3
151 mg par jour,
en 3 ou 4

Coltramy^l® 4 mg/2

Thiocolchicoside

LOT 0043
PER 06/21
PPV 55.70 DH

Solution injectable

Voie intramusculaire

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 08031 40

Coltramy^l® 4

Thiocolchicoside

LOT 0040
PER 01/21
PPV 55.70 DH

Solution injectable

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 08031 24

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 11



811 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura O



811 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura O

196,00



SEPCEN 500 mg
CIPROFLOXACINE