

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.

Biologie 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.

traiteur :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 063880

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501 Société : R.A.M. 101968

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUDRAA Med HAMZA

Date de naissance : 11-12-1983

Adresse : 31 Rue Point du Jour N° 16 Etg 4

Tél. : 0666293531 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/16

Nom et prénom du malade : Roudha Kamel Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Roudha + El Younoubi

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 : / /

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
27.07.2016	22.07.2016	2	500	DR KARIM ZAKI ALI M.D. H.M.A.P. B.M.S. Signature : Dr Karim Zaki Ali M.D. H.M.A.P. B.M.S.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie EL FARAX Mme H. EL FARAX Bd. Abdellatif Ben Badour Tunis</i>	21/01/22	197,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

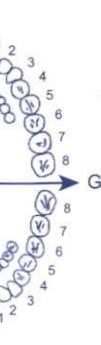
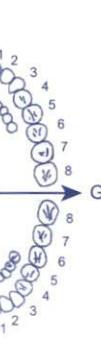
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'OC.

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																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
D	G																	
B																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZRIKEM Karima
Ep. HIMMI
Pédiatre
Maladies du Nourrisson et de l'Enfant
Allergie - Asthme
Exploration Fonctionnelle
Respiratoire
Ex-Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



الدكتورة زريكيم كريمة
زوجة حمي
طبيبة الأطفال
اختصاصية في أمراض الأطفال
الحساسية - الضيقية
أستاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le

02.01.22.

الدار البيضاء، في

Karima ZRIKEM
B. 1968
Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI
19

40,00

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tel. 022.29.31.60
20

Stokosa,

ICamil

bionylose.

le à 8 3 f; 5

Vleesoline.

36. le / haer α 5

58,90 x 2

30

Soclor. 500 (2)

20,00 x 2

19 x 5; 28

197,80

net

leestec.

30.)

- leek / haer α 5

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI

Pédiatre

3, Rue Zerhoun (Ex. Reims)

CASA 68 Rue Zerhoun (Ex-Rue Reims)

Casa 68 Rue Zerhoun (Ex-Rue Reims) - Casablanca - Tél.: C. 05.22.29.31.60 / 68

Urgence : GSM : 06.61.45.52.44 - E-mail : zrikem_karima@hotmail.com

Soclev®

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

®

500 mg / 62,5 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants



58,90



Soclav®

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

®

500 mg / 62,5 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVANT APRÈS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



سوكلايف
Soclev

58,90



بیومیلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV: 20DH00

PER: 09/24

LOT: K2445

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV: 20DH00

PER: 09/24

LOT: K2445

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES