

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

tique :

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.

ntaire :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501

Société : RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUDRAA HAD HAMZA

Date de naissance : 11.12.1983

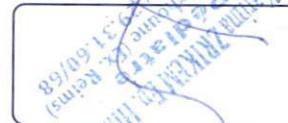
Adresse : 31. Rue Point du Jour Elayy N° 16

Tél. : 0666293531

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/82

Nom et prénom du malade : BOUDRAA HAMZA

Age : 10 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Migraine

En cas d'accident préciser les causés 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 : 28/03/82



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 H. M. Abdellatif Ben Abdellah	28/03/22	305140

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

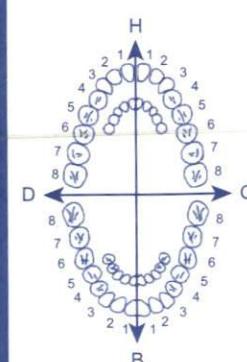
Important :

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
D	-
00000000	00000000
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

Docteur ZRIKEM Karima
Ep. HIMMI
Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme
Axploration Fonctionnelle
Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



الدكتورة زريكم كريمة

زوجة حمي

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيق

وحدة سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء



Casablanca, le 28.03.12 الدار البيضاء، في

Kamil Boelbkaa

79,80 x 2

19 cefazolin - 500x2

15 x 3ij α 8j

11,30

29 Vopalone - 50g

1ceef α 2ij α 2j

99,00

39 drozofen.

15 x 2ij

22,50

49 Brufex

2ceee α 3ij

12,80

305,40

Bo lepsidac 300

1 Cef x 4

PRODEFEN
Complément alimentaire
Produit de santé
Fabricant : PRODEFEN
Tél : 0524-32-64-38

PHARMACIE EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAAKI
Bd Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 0524-32-64-38



PRODEFEN
Complément alimentaire

Lot : 121514
Date de Fab : 09.2021
Date de Pér : 09.2023
PPC : 99 Dhs

PPV 2DH80
PER 04/24
LOT K1124

12,80

LOT : 211435
PER : 09-2024
PPV : 11,30 DH

756.174.05.18

من قبل الأكل، مدة ... يوم
Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

PPU : 79,90 DH
LOT : 647362
PER : 12/22



Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

PPU : 79,90 DH
LOT : 647362
PER : 12/22



PPV (DH) :
Lot N° :
UT. AV :

BRUFEN®
100 mg/5 ml Ibuprofène

Suspension
pédia|trique

فوگاللين®

ميطوسيمازين

5 ملغ

عن طريق الشرج

VOGALENE® 5 mg

10 Suppositoires

تحاميل

10 x



6 118000 081074

مدة صباح زوال مساء



COOPER
PHARMA