

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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9523 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSAD SAMILA

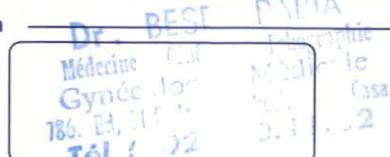
Date de naissance : 19/10/61

Adresse :

Tél. 06 63 27 54 15 Total des frais engagés : 150 + 345 = 495 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/10/12 Nom et prénom du malade : Rhinophymate Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhinophymate

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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
04 juillet 22	C	1	150,00 dh.	Dr. BESPOUAS Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/07/22	345,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODF.

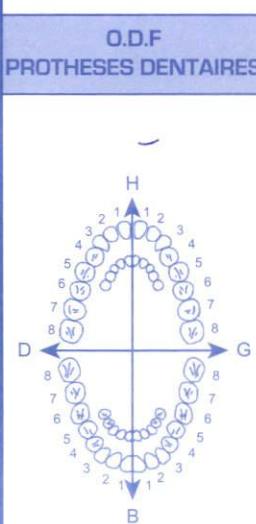
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
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 BESRI Rabéa

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée en Echographie
de la Faculté de Médecine de Paris

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Médecine de Travail
Médecin Expert Assermenté
Auprès des Tribunaux

786, Bd. El Qods - Mandarona - Aïn chok
Casablanca - Tel. : 05 22 50 11 82

ربيعية بصري ربة

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بباريس

أمراض النساء

طب الشغل

طبية محلفة لدى المحاكم

786، شارع القدس - منظنا - عين الشق

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 50 11 82

Casablanca, le : 04 juillet 97
الدار البيضاء، في

EFFIPRED® 20 mg

N° ASSAD Jamila.



PPU 58DH40
EXP 10/2024
LOT 10022 2

75,70 Zithromax 500

1 poudre (10 x 3) jours



PHARMACIE MERIEUX
Noureddine Jdid
Dr. Abdalraouf Casa
311, Bd. Abdalraouf Casa
Tél. : 05 22 86 05 70

58,40 Effimed 20

3 g / matin



Dr. BESRI RABIA
Gynécologie Médicale
Echographie
311, Bd. Abdalraouf Casa
Tél. : 05 22 86 05 70

EFFIPRED® 20 mg

PPU 58DH40
EXP 11/2024
LOT 10022 2

83,80 vitamix F.

1 kg - 3 kg



22,00 Lartec 10 mg

1 poudre



20,00 Febrea A

1 sachet 50 ml

PPV
LOT
PER
28,80

52,80 s des (bouteille 1kg, bouteille 7)

30,00
34,50, 10 poudre le matin



LOT 210385,
EXP 12/2023
PPV 30.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x

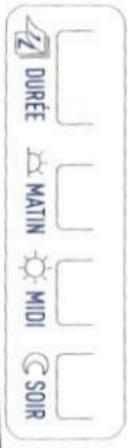
REDES®
oméprazole



20 mg
Voie orale


COOPER
PHARMA

LOT. 210604
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

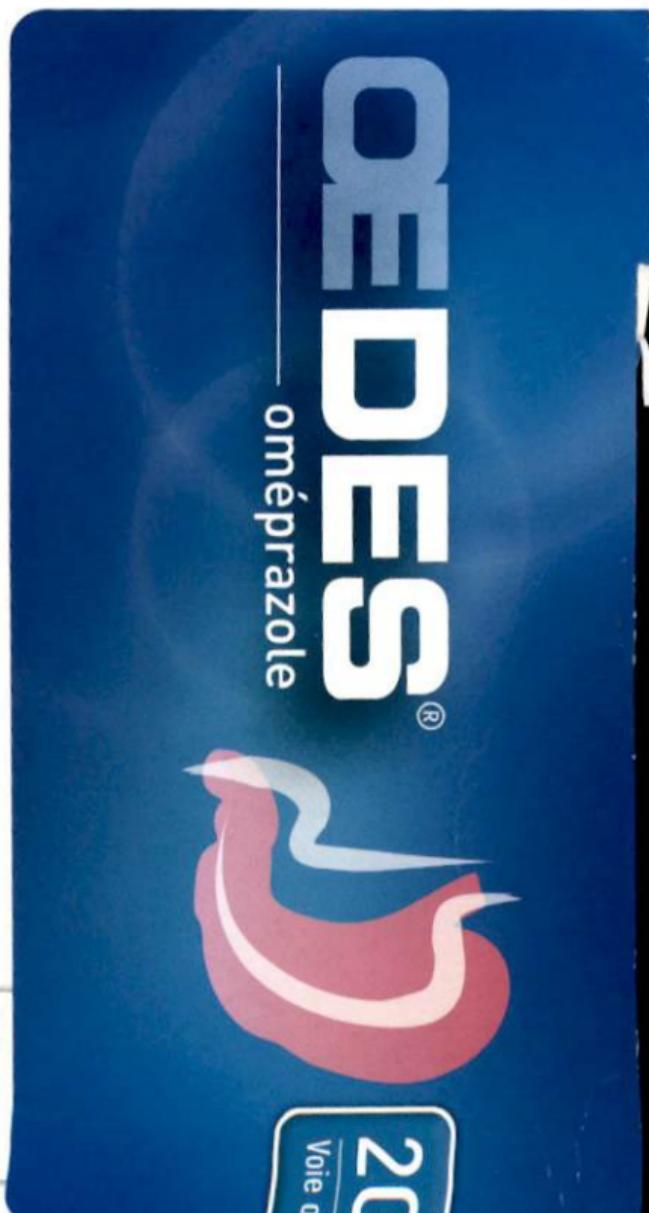


Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



COOPER



OEDES®
oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



20 mg
Voie orale

FEBREX®

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre
Voie Orale

PHARMED
LOT : 9163
UT.AV : 05-25
PPV : 20DH00

كارديتيلك

مع 10

اتادين

اد للحساسية

10 أقراص

LOT : 6372
UT. AV : 03-25
P.P.V : 22 DH 00

Pfizer

زিথرومакс

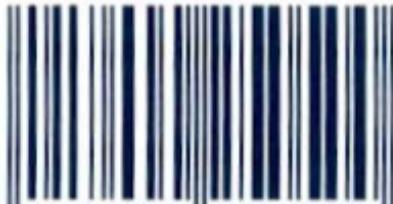
أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 0 2 3

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : FW5213

09366030/4