

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.

133020

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

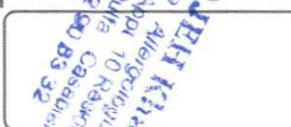
Matricule : 079121 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : BAKKAL EL Ifoussine

Date de naissance : 07/09/1981 Adresse : lot Sidi Abderrahmane Zg 19

Tél. 0671 01 62 91 Total des frais engagés : 100000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13/09/2020 Nom et prénom du malade : BAKKAL YAHYA Age : 39

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Branell + ciste

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 0758 Le : 13/09/2020

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
13/09/12	CS	-	250 HT	INP : 09/10/2012 18 Témoins : Dr Béatrice GILLES DR Béatrice GILLES Dr Béatrice GILLES DR Béatrice GILLES
13/09/12	Néurologie	0,5	125 HT	INP : 09/10/2012 18 Témoins : Dr Béatrice GILLES DR Béatrice GILLES Dr Béatrice GILLES DR Béatrice GILLES
20/09/12	CS	1/2	125 HT	INP : 09/10/2012 18 Témoins : Dr Béatrice GILLES DR Béatrice GILLES Dr Béatrice GILLES DR Béatrice GILLES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/22 20/09/22	3741.90 215.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE Groupe X EL Oulfa Tel : 05 22 I.C.E : 00050024			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	-	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	-																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie

Bilans Allergologiques et explorations respiratoires

Ancienne Pédiatre au CHU Averroès et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة ناجح خديجة

إختصاصية في طب الطفل و الرضيع
وفي أمراض الحساسية
تحليلات الحساسية و التنفس
طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى
ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 13/05/82

الدار البيضاء، في

M. Oulfa

BAKKA L

192.90

7 u

192.90

① Zedan CV

58.40

19 + 2

TAM
S.V

GlaesSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat


VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

② Effipred 20

39.15

FAN
S.V

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

220101

03/2025

③ Ventolin

49.00

FAN
S.V

④ A mix d'

FAN x 315

S.V

LAPROPHAN
EFFIPRED 20 MG
PPV 40DH00
EXP 02/2025/
LOT 1N060 10

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الريبيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 الطلاق المترافق المترافق GH1A - الدار البيضاء
Res. Al Firdaus Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32

Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie

Bilans Allergologiques et
explorations respiratoires

Ancienne Pédiatre au CHU Averroès
et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة ناجح خديجة

اختصاصية في طب الطفل و الرضيع
وفي أمراض الحساسية
تحليلات الحساسية و التنفس
طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى
ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le

20/9/22

الدار البيضاء، في

BRICKA L

135,00

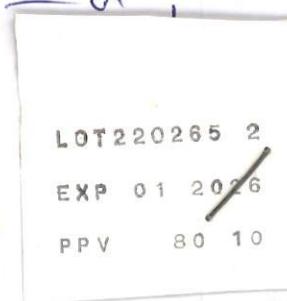
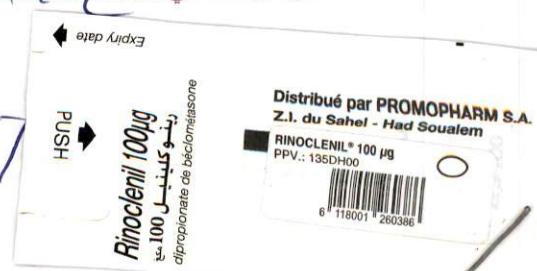
① Rhinocendil

80mg 1 ml 1/2 - n.

② Xyzal

1 mg 1/2 (8)

T = 215,00



Dr. NAJEH KHADIJA
Pédiatre Allergologue
Imm 5 GH1A APP 10 Ressoeur
El firdaoues El Oulfa Casablanca
Tél. 05 22 90 83 32

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 29 09 62
I.C.E : 000599246000026

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الريبيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطبق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32