

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 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.

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4583 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MIFTAHI MOHAMED

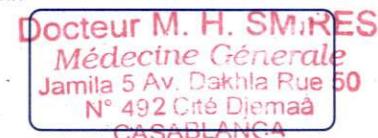
Date de naissance : 1943

Adresse : JAMILA 5 RUE 170 2^È 36

Tél. : 0648207500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2023

Nom et prénom du malade : MIFTAHI MOHAMED Age: 80ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rophtalmie

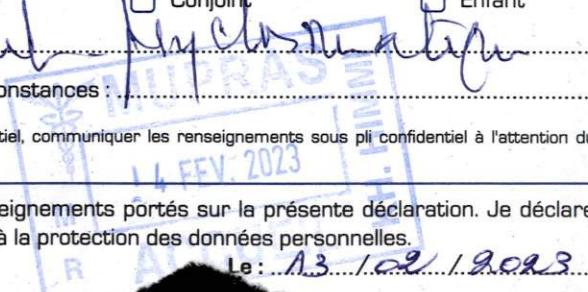
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 13/02/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/02/23 | Acte de soins | 1 | 200,00 | Docteur M. H. D. S. Médecine Générale Jamila 5 Av. Bachir Rue 50 N° 492 Cité Djemaa CASABLANCA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| 10 RUE BACHIR BELHOUFTA MILA 4 SBATA CASABLANCA TEL: 05 22 22 22 22 | 13/02/2023 | 612,50 |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |

(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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DR.Mohammed H. SMIRES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

492, Bd, DAKHLA - Jamila 5

Cité Djemâa- CASABLANCA

Téléphone : 05 22 37 24 11

الدكتور محمد حسن اسميرس

خريج كلية الطب بنانسي

حاائز على دبلوم في التشخيص العلمي

بالصدى من كلية الطب بمونبولي

5 شارع الداخلة جميلة

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 24 11

06 73 47 24 14

الدار البيضاء في

Casablanca, le 13/02/2003

Dr. M. H. SMIRES

23,00

Starmox



1/2 1/3

26,80

Aljanbil



af

18,00

Dragon long



24,00

Seroflex



PHARMACIE
DISPENSAIRE JAMILA 4
BERRADA F. KHALID
110 RUE BACHIR BELHOUCIN
JAMILA 4 SBATA CASABLANCA
TEL : 05.22.37.24.11

36,20

Anxivel 6 mg/malette

Docteur M. H. SMIRES
Médecine Générale
Jamilia 5 A.V. Dakria Rue 50
N° 492 Cité Djemâa
CASABLANCA

54,00

Durfabal



T = 610,50 X



LOT 222593
UT AV 09 25
PPV 73 00 DH

PPV 26DH80 EXP 05/2025
LOT 24010 9

LOT : 611
PER : 10/23
PPV : 180,00 DH

Seroplex® 10 mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Al m'zab Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

728860

30 comprimés - قرص 30

VTE : MA - PPV : 51DH00



36,30