

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

- Reclamation : 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.

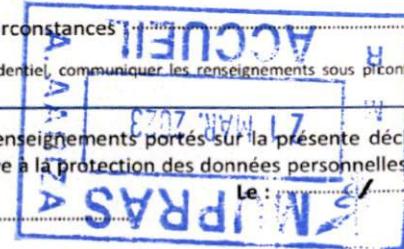
N° W21-791901

114071

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10592		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Hirch Mustapha
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2015

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____ / _____ / _____	
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____	
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
14/03/2023	26	2000	INP : INPE.061017491 ICE.0974899500033 BENNANI. N Leide echid	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAHANIE Mohamed DAHMAN 132, Bd. HASSAN II Tunis 22700-Zemzouh	14/03/93	191,90
	15/03/93	965,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000			Montants des soins <input type="text"/>
	35533411 B	11433553 G		Date du devis <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date de l'exécution <input type="text"/>

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
5 118001 185030

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium - Cholecalciferol (Vitamine D3)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30
PPV : 128,70 Dhs
6 118001 440061

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéïn succinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

Dr. BALOUL BENNANI Nouzha

Médecine Générale ,
Echographie

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Timisoara

132, Bd. Hassan II - Berrechid
Tél. : 05 22 33 75 55

Sur rendez-vous



الدكتورة بثول بنائي نزهة

الطب العام
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بتيميشوارا

شارع الحسن الثاني - برشيد

الهاتف : 05 22 33 75 55

بالموعد

Berrechid, le

14-03-2023

SDAIRI Fatima

79,50

Aiucat



1Cf x 2f

87,40

Dolicox



120

25,00

Tremal



1Cf 1f

= 191,90

Dr BALOUL BENNANI
Médecine Générale
132, Bd Hassan II - Berrechid
Tél: 05 22 33 75 55
05 22 33 75 55
05 22 33 75 55

Veuillez ramener cette ordonnance avec vous à la prochaine consultation

امركوا اصطحاب هذه الوصفة في المرة المقبلة

LOT: 220642
PER: 08/2025
PPO: 70,50DH

AINAT®
COMPRIMES

PPV: 87DH40
PER: 10/25
LOT: L3657

PPV: 25DH00
PER: 12/26
LOT: K3731