

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0023212

Optique

161674

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11635

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMI HAMID

Date de naissance : 13/06/1982

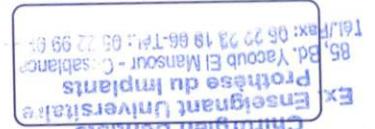
Adresse : Cité dynamique Janvier Rue 32 n° 25
CASA

Tél. : 0661579220

Total des frais engagés : 323,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/06/2019

Nom et prénom du malade : Dr. BEN HAMID Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Consultation Abcès

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

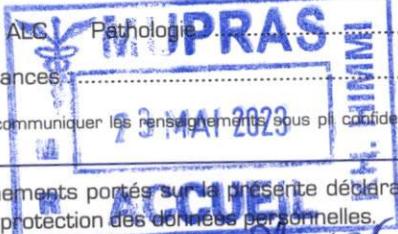
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 21/05/2023

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
13/08/23	Onctuatif	C3	2000	DR BENCHARROU
				EX- Prothese du Mandibule Dr. CHIRURGIEN-DENTISTE
				ARMERIE CHAMAROU
				Dr DIAH Abdellah
				N°600 LOTS HAMRAZ AL AIN CHOKE - CASARLANA
				0010663433747-FIX

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIE CHAMAROU Dr DIAH Abdellah N°600 LOTS HAMRAZ AL AIN CHOKE - CASARLANA 0010663433747-FIX	13/08/23	113,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

Dr Mohamed BENCHAKROUNE

Chirurgien Dentiste

Enseignant Universitaire à la F.M.D.C

Spécialiste en

Esthétique et Chirurgie Buccale

Prothèse sur Implants - Pathologie Articulaire

الدكتور محمد بنشقرنون

طبيب جراحي للأسنان

أستاذ جامعي بكلية طب الأسنان بالبيضاء

أخصائي في التعويض فوق المزدعات

الجراحة والجميل وأمراض اللثة

أمراض وألم الفك

Casablanca, le

16.05.2022

الدار البيضاء، في

Dr Sani Hamid

10115

Tamaz 18.



Mme A Sachet 2x 115-



Dolijname 1000

1g 5x 6 115-

*Dr. MOHAMED BENCHAKROUNE
Chirurgien Dentiste Universitaire
Spécialiste en Implants
Pathologie Articulaire - Casablanca
Tél. : 05 22 23 19 66 - 05 22 99 08 33
E-mail : bckdentiste@hotmail.com
L.N.P. : 09 40 11 418 - I.C.E. : 001597000000022*

Eluduril 115 (Joli)



3x 115



Doliprane 1000 mg
paracétamol

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

AMM N° 41/19 / DMP/21/NRQDNM

voie et mode d'administration : Voie orale.
Posologie : Lire attentivement la notice.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

طريقة الاستعمال : عن طريق الفم

الجرعة : إقرأ النشرة بتمعن.

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité
يحفظ الأذيبات مغلفاً بالحوكام بعيداً عن الحرارة والرطوبة

9:

bottu

82, Allée des Casuarinas - Al Sebbia - Casablanca.

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

دوليبران

بارا^{سي}تامول 1000 ملغ

8 أقراص فوارقة
قابلة للكسر

الأوجاع و الحمى

للكبار

0 6 0
2 4 0
7 1 4
0 1 0
7 0 1
4 0 1
M 0 1
Y 1 1
R 0 1
T 0 1
P 0 1
E 0 1
L 0 1



PPV: 109DH00
PER: 04-26
LOT: M 1258



መ-ጥ-ር በ-ፌ-ር ተ-
መ-ፌ-ር የ-ፌ-ር እ-ጥ-ር

ה'ז

125/61

לען