

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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 : 6714 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KRITA AHMED

Date de naissance :

15/12/1979

Adresse :

0661721102

Tél. : 0661721102 Total des frais engagés : 26 SEP 2013 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/09/2013

Nom et prénom du malade : KRITA AHMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète et hypertension

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/09/93	Q		150.370	 <p>Dr. FATIMA BEN YOUSSEF M. Av. Abdellah Senhaji - CASA Tél. : 0522.81.15.02 et 0522.77.70.33.84</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAHRAZAD CASABLANCA 158, Rue Ezzouhour Mers Sultan Casablanca - Tél. 05 22 81 03 35 ICE : 0014478 - 00000093	20/09/93	190370

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

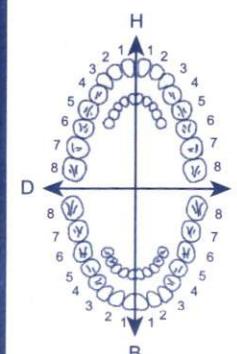
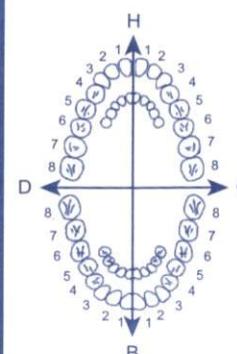
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	
		21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[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. ZOURGANNE Fatima

الدكتور زركان فالمصمة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة (تركيب اللوبي)

الطبيبة الرئيسية سابقًا للمركز

الصحي ابن طفيل

طبية معتمدة لتسليم رخصة السيارة

345، شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف: 0522811502

الدار البيضاء

Dr. ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
Certificat de Planification Familiale
(D I U)
Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail
Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji

Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02

Vol. 22, No. 1 Casablanca

Casablanca, le

390.05  Balvei Petrols

14 le matin affaire

13430 $\times 4$ / 2 S.V. Copepea Wolff

5285  LIDN FPV 30DH00 EXP 12/2024
LOT 2N032 2

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPL 300400 EXP 06/2022

7970 PHARMACEUTICALS
CHAHRAZAD CASABLANCA
158, Rue Ezzohoud Mers El Kébir
Casablanca - Tel. 05 22 81 35
ICE : 0018478250000003

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
FPV 30DH00 EXP 12/2024
LOT 2N032 2

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 30DH00 EXP 06/2024
LOT 22026 2

300072 S) S.V Myambelhez
up leserkey

190370

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345 Av. Abdellah Senhaji CASA
Hay El Farah 1er étage
Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64

PHARMACIE
CHAHRAZAD CASABLANCA
158, Rue Hassan II, 20000 Casablanca Sultan
ICE : 0522.81.03.35

®

AZI

Azithromycine

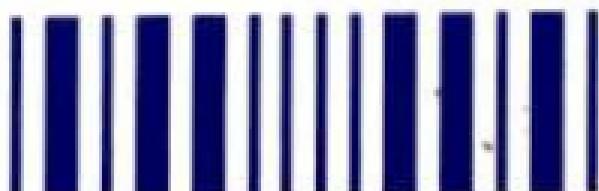
500 mg

voie orale

PPV: 79DH70

PER: 08/24

LOT: K2177



LOT : 220042
EXP : 03/2025
PPV : 57.80DH

عن طريق الفم
10 ملغ

لـ-نور
أنتروفالاستاتين

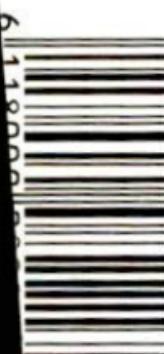
قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

COOPER
PHARMA





134,80

卷之三

ایریزیارتان / ھیدرولکلوروتیازید

١٢,٥٠٠ ملء / ١٥٠ ملء

28 قرصاً مخالفاً
عن طريق الفم



الليلة	
سباح	
النهار	
مساء	
قبل	
بعد	

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,80

卷之三

ایریزیارتان / ھیدرولکلوروتیازید

١٢,٥٠٠ ملء / ١٥٠ ملء

28 قرصاً مخالفاً
عن طريق الفم



الليلة صبح النهار مسالء قبل وبعد

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,80

卷之三

ایریزیارتان / ھیدرولکلوروتیازید

١٢,٥٠٠ ملء / ١٥٠ ملء

28 قرصاً مخالفاً
عن طريق الفم



الليلة  صبح  النهار  مسالء 

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,80

卷之三

ایریزیارتان / ھیدرولکلوروتیازید

١٢,٥٠٠ ملء / ١٥٠ ملء

28 قرضاً مخالفاً عن طريق الفم



الليلة صبح النهار مسالء قبل وبعد

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893

60 Comprimés pelliculés



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

60 Comprimés pelliculés



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

60 Comprimés pelliculés



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH