

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-821166

779509

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12515

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ait ouddalou Mohamed Fakir

04/03/1985

Date de naissance :

Adresse :

Residence Etne etg6 apt n° 30 An Ahmed chehri

Anglet Casablanca

Tél. : 0614818332

Total des frais engagés :

431,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/10/23

Nom et prénom du malade :

Allal Ben Abdellah

Age : 64

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

AME

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

18 OCT. 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

MUPRAS

conjoint

AMG

18 OCT. 2023

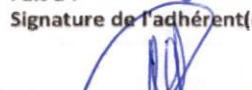
ACCUEIL

KI

Fait à :

Le : 17/10/2023

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
16.10.23	5		300	INP : 551104381
				Signature du Médecin
				Signature de l'Administrateur

PHARMACIE BOURG D'ANFAISAN		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
107, Bd. Bourgogne - 22 59 - RC - 44 716 Tél.: 05 22 36 22 59 - Tél.: 0231269500015 Tél.: 023734689 - N°E: 18958	16/10/83	191, 60	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																										
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'ODF.																										
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DEBUT D'EXECUTION																						
				FIN D'EXECUTION																						
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
					H	25533412	21433552																			
						00000000	00000000																			
					D	00000000	00000000																			
						35533411	11433553																			
B																										
G																										
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																										
MONTANTS DES SOINS																										
DATE DU DEVIS																										
DATE DE L'EXECUTION																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																										

Docteur ZRIKEM Karima
Ep. HIMMI
Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle

Respiratoire

Ex- Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Casablanca, le

16. 10. 23

د. زريكم كريمة
زوجة حمي
طبيبة الأطفال
عصية في أمراض الأطفال
حساسية - الضيق
تاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء

PHARMACIE PORTÉE D'ANFA SARL
Bouchra AMAR
97, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
Tél.: 05 22 36 92 59 - ICE : 00231269500001
IF : 37734689

Ait Oedol Cei ouear

29,90 x 2

19 Ceffee eetee 500 (x 2)

19 x 3,18

19,00

29 aurodoe 4,5

12,80

24,150 x 0,9

39 Holipsace 300

16,80 x 3,18

191,60

49 Risocet -

16,80 x 8,5

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI
Pédiatre
Boulevard d'Anfa (Ex-Rue Reims)

68, Rue Zerhoune (Ex-Rue Reims) - Casablanca - Tél.: C. 05 22 29 31 60 / 68
Urgence : GSM : 06 61 45 52 44 - E-mail : zrikem_karima@ hotmail.com

PPU: 79,90 DH
LOT: 652424
PER: 04/25



PPU: 79,90 DH
LOT: 652424
PER: 04/25



15,00

