

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

- 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.

*MUPRAS
RECEPTION*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 46.71

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zakouri Latifa veurie Benchaoui Elmar

Date de naissance :

18/07/1958

Adresse :

Derouia

Tél. : 06.10.22.03.60

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZAKOURI LATIFA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

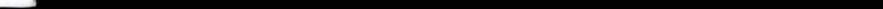
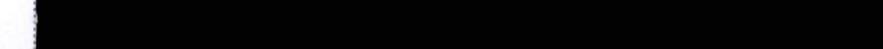
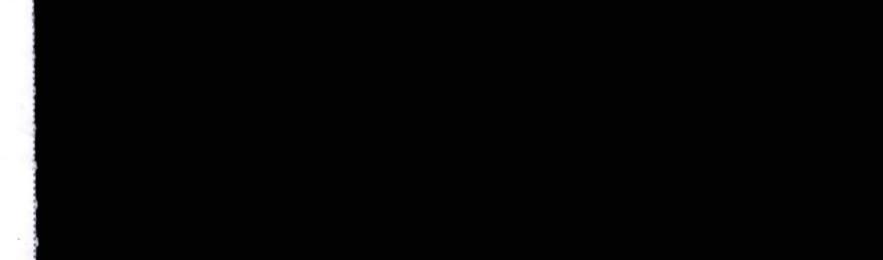
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Derouia

Le : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
08 JAN 2024	S		2000H	<i>Docteur Saad ISMAÏL Médecin Généraliste 22 Bd du Nil - 92110 Clichy la Garenne Sofi Ortho 0520 20 72 54 Téléfax : 05 22 53 20 51</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL DERAOUA 244 lotissement el waad El Deraoua CIN : 05.22.53.20.51</i>	8.1.24.	1848.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

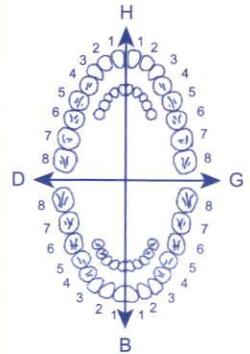
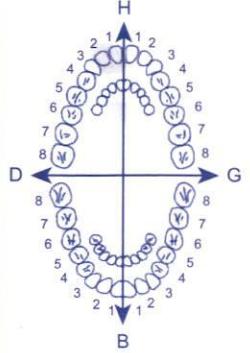
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS	
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS	
					
H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553				
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553				
B					
[Création, remont, adjonction]				DATE DE L'EXECUTION	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Saâd BENNIS

Médecine Générale



الدكتور سعد بنيس

الطب العام

Echographie Générale - ECG

Maladies Rhumatismales et Inflammatoires

22, Boulevard du Nil, Bloc 33, 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 59 78 56

E-mail : saadbennis@hotmail.fr

MADAME ZAGOURI LATIFA

فحص بالصدى - تخطيط القلب

أمراض الروماتيزم و التهاب المفاصل

22، شارع النيل، بلوك 33، الطابق الأول

سيدي عثمان، الدار البيضاء

الهاتف / فاكس : 0522 59 78 56

Casablanca le :

/ISOME 20 MG COMPRIMES

1 CP / J LE MATIN PDT 03 MOIS

/ALGIXENE 250 MG GELULES

1 GELULE/J A MIDI PDT 03 MOIS

/COSTRAX 4 MFG COMPRIMES

1 CP / J LE SOIR PDT 12 JOURS

/OIMEPRAL 20 MG GELULES

1 GELULE / J LE MATIN PDT 03 MOIS

/IVEDOSE AMPOULES BUVABLES

1 AMPOULE TOUS LES MOIS 03 FOIS

/TRIPLIXAM COMPRIMES

1 CP / J LE AMTOIN PDT 05 MOIS

/COSTAL 10 MG COMPRIMES

1CP / J LE SOIR PDT 03 MOIS

Docteur Saâd BENNIS
Médecine Générale
22, Bd. du Nil, Bloc 33 - 1er Etage
Sidi Othmane - Casablanca
Tél/Fax : 0522 59 78 56

LOT : 05223021
PER : 06/2023
PPV : 47,90 DH

LOT 231942 1
EXP 05/2028
PPV 45,80

45,80

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
80010898103002

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 10/09
PER : 11/25
PPV : 92DH80

92,80

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
80010898103002

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 10/09
PER : 11/25
PPV : 92DH80

92,80

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
80010898103002

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 10/09
PER : 11/25
PPV : 92DH80

92,80

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
80010898103002

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 231509
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

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

LOT : 06223021
PER : 06/2023
PPV : 47,90 DH

47,90

LOT : 231509
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

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

LOT : 06223021
PER : 06/2023
PPV : 47,90 DH

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
80010898103002

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

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

LOT232296 1

EXP 07 2028

45 89
BBG

PPV



LOT232296 1
EXP 07 2028
45 80
BBG

PPV



LOT232296 1

EXP 07 2028

45 80
BBG

PPV



LOT232296 1

EXP 07 2028

PPV



45 80
BBG