

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAH 193712

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ Saida

Date de naissance : 05/04/1959

Adresse : Residence Andaloussia ZN 43 N°1

Casablanca

Tél. : 0660619331 Total des frais engagés : 1471.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Micham SKIREDJ
Chirurgien Dentiste Spécialiste
en Parodontologie - Implantologie
11, Rue Lavoisier - Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA
Tél. 022-86-18-50 GSM. 052-46-11-42

Date de consultation : 17/01/2024

Nom et prénom du malade : TMFlu alim C-fVale

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TMFlu alim C-fVale

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES ACTES 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Periode de Fabrication
	17/12/24	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
	<i>Consultation DF</i>																						
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
	Dr																						
	MONTANTS DES SOINS																						
	200,00																						
	DEBUT D'EXECUTION																						
	FIN D'EXECUTION																						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000		00000000		D	B	35533411		11433553		00000000		00000000		B	
	H	21433552																					
	25533412	00000000																					
	00000000																						
	00000000																						
	D	B																					
	35533411																						
	11433553																						
	00000000																						
	00000000																						
B																							
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXECUTION																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							

ORDONNANCE

Caru le 17/01/2024

Mr/Mme

SKIREDT Hélia

64! ° x 2

1) AXIHYCINE 1G
03 CP/ JOUR

79.8

2) ENROLIER SIROP
03 FOIS/ JOUR

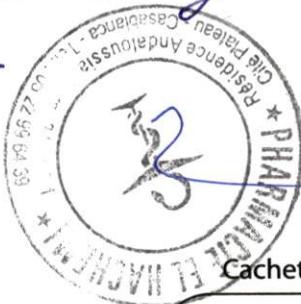
820

3) RHUMIX
03 FOIS/ JOUR.

14.0 ° x 3

4) DOLIZRANE 1000 mg
2 CP/ JOUR

271.7 00



Cachet du médecin

Dr. Micham SKIREDT
Chirurgien Dentiste Spécialiste
en Parodontologie - Implantologie
11, Rue Lavoisier - Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA
tel: 022-56-18-50 TSM 062-56-01-42

ENROUEX®

Sirop pour la Toux aux extraits de plantes

Composition

Glycérine, extrait liquide de propolis, extrait liquide de coquelicot, eau purifiée, extrait liquide de tilleul, extrait liquide d'eucalyptus, extrait liquide de radis noir, extrait liquide de mauve, gomme de xanthane, arôme orange, acide citrique, sorbate de potassium, benzoate de sodium, huile essentielle d'eucalyptus, huile essentielle de myrte.



Fabriqué en France par :

PHYTEO Laboratoire

Z.A. LE COMTE 03340

BESSAY SUR ALLIER FRANCE

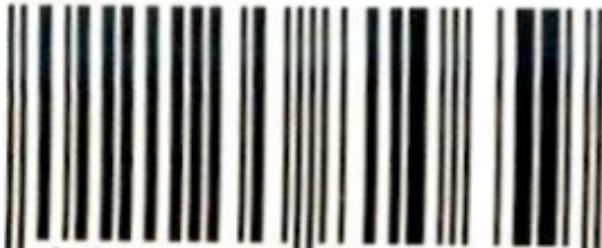
LOT 124918/FC13

PER 06/2026

PPC 79,50

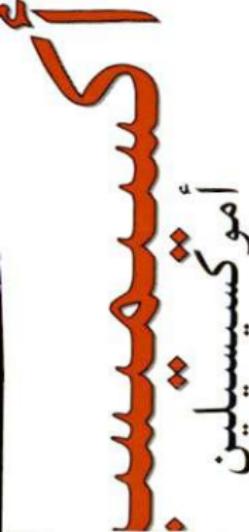


ENROUEX® 200 ml



6 111255 810659

Complément alimentaire n'est pas un médicament



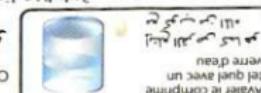
AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

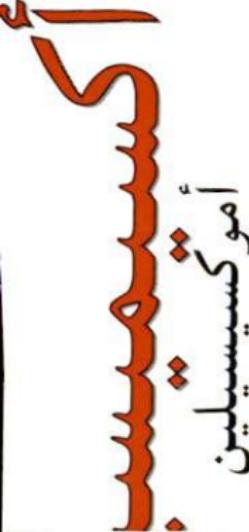
PPV 64DH10

LOT 330491
EXP 05/2025



la compresse dispersibles





AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 330491
EXP 05/2025



AZIMYCINE 1g
14 comprimés dispersibles



دوسيكس®

مسحوق عن طريق الفم



مكابينيسيكا

النزلة

الزكام

الحمى

النزلان الأنفي

الدمع العضلي

ارتفاع التبرد

10 أكياس

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



18000 191032

LOT: L2961

F:10/23 P:10/26

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE

COMPRIMÉ

bottu 5.2.
87, Allée des Canutines - Ain Sefra - Constantine
S. Bouchoucha - Pharmacie Bouchoucha

b

PPV : 14DH00

PER : 02/25

LOT : L444

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE

COMPRIMÉ

bottu 5.2.
87, Allée des Canutines - Ain Sefra - Constantine
S. Bouchoucha - Pharmacie Bouchoucha

b

PPV : 14DH00

PER : 02/25

LOT : L444

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE

COMPRIMÉ

bottu 5.2.
87, Allée des Canutines - Ain Seba - Casablanca
S. Bouchouchi - PHARMACEUTICAL RESPONSABLE

b

PPV : 14DH00

PER : 02/25

LOT : L444