

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

MB 9450

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011486

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

BEN CHEIKH Walid Date de naissance :

Adresse : Résidence 18eme Kettar Rue Soukate cose

Tél. : 0661181122 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/19

Nom et prénom du malade : BEN CHEIKH WALID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

24 SEP 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24 SEP 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme BARTALI MIMI Pharmacie Accor Fne Sotiale - Medecine Casablanca - Tel : 0522 25 22 09	28/07/2015 80 19	116,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

Auressses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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													
	3 4	Conservat. resto Urgent Pulpal	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX 10												
				MONTANTS DES SOINS 209,00 ₣												
				DEBUT D'EXECUTION 28/08/19												
				FIN D'EXECUTION 28/08/19												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <i>25 SEP 2019</i>	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	G
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B	G															
				COEFFICIENT 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

Le : 28/08/19

NAJJARA Amina
DENTURGIEN DENTISTE
Ed. Mustapha EL MAANI
Casablanca - Tél : 0522 22 09
Sous le nom de NCA - Tel : 0522 22 203

ORDONNANCE

BENCHEKH

WAHIB

M6, 02

2 Anox

Ag

sm M

AS A Casablanca - Tél : 0522 22 09
Rue Socrate - Marif
Pharmacie Achraf
Medame BARTAL FATIMA

R.M.F.

2) Paracétamol 500 mg par

NAJJARA Amina
DENTURGIEN DENTISTE
Ed. Mustapha EL MAANI
Casablanca - Tél : 0522 22 09
Sous le nom de NCA - Tel : 0522 22 203

3) Bucalgin (B.B) par

3 g apres lessage.



Adulte

Poudre pour suspension
buvable en sachet

- Ceci est un médicament, NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.
- Avant toute utilisation, LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE.

Conserver à une température inférieure
à 25°C et à l'abri de l'humidité.



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

7



Adulte

Poudre pour suspension
buvable en sachet

Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

16 SACHETS

Adulte

Composition :

Amoxicilline 1 g
(sous forme trihydrate)
Acide clavulanique 125 mg
(sous forme de clavulanate de potassium).
Excipients à effet notable : Potassium, Saccharose, Sodium.
Mise en garde spéciale : risque d'allergie
AMM N° 720/16 DMP/21/NRQ

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

16 SACHETS



100267
11/16



الكبار

مسحوق لأجل
 محلول للشرب
 عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسلين -
حامض كلابيلانيك 1/8

16 كيسا

PPV: 116DH00
PER: 05-22
LOT: I 1348

