

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 caractères personnels.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN SAR' Atbelhakim

Date de naissance : 22/03/50

Adresse : Hay Nasrout Ben T'wèt Bd Abdellah Bourabé

(ex route d'Azemmour)

Tél. : 0663636465

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/10/2019

Nom et prénom du malade : Ben Sar' Atbelhakim

Age :

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

21 OCT. 2019

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

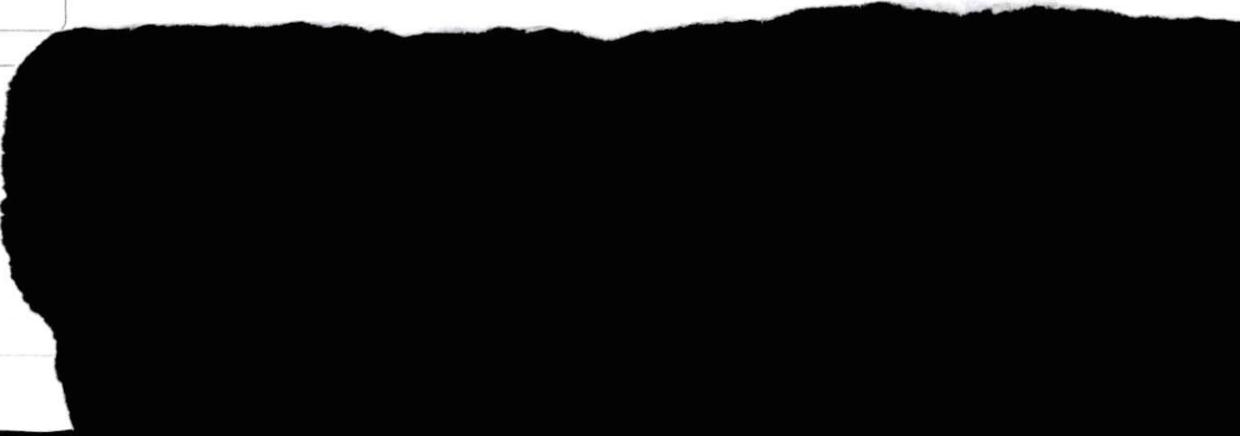
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H																	
25533412	21433552																
D	G																
00000000	00000000																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															

VOLET ADHERENT	NOM : BEN SARI Abdelhakim	Mle 6074
DECLARATION N°	W17-115811	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
21/10/19	742,-	7

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle


MUPRAS



W17-115811

DATE DE DEPOT

21.10.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6074											
Nom & Prénom : BEN SARI Abdelhakim Fonction : Représentant Phones : 0663636465 Mail : hakim.bensari@gmail.com													
MEDECIN		Prénom du patient : Abdel Hakim											
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Nature de la maladie		Date 03/09/2019 Date 1ère visite											
<p style="text-align: center;"><i>Prothèse</i></p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>													
Nature des actes Ca		Nbre de Coefficient 300											
Montant détaillé des honoraires													
PHARMACIE		Date 03 Sept 2019											
Montant de la facture		<i>111,50</i>											
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date :											
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires											
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :											
<table border="1"> <tr> <th>Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>AN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PC</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IM</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td></td> </tr> </table>		Nombre	Montant détaillé des Honoraires	AN		PC		IM		IV			
Nombre	Montant détaillé des Honoraires												
AN													
PC													
IM													
IV													

Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS
et des Articulations
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Médecin Expert Assermenté près
les Tribunaux de Casablanca



(الدكتورة لطيفة بوطيب بن صاري)

إختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل (الروماتيزم)
خريجة كلية الطب بمارسيليا
(فرنسا)
خبيرة محللة لدى المحاكم

Casablanca, le 03/09/2019 الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Monsieur BENSAARI Abdelhakim

$\frac{138,30}{x2}$ Augmentin 500 mg
2 cp 2x1 260,4



$\frac{14,30}{x3}$ Rhinofewal
2 gel 2x1 360,4



$\frac{39,90}{x2}$ Rhinathrix 5%
1 caiss 3x1 79,8



$\frac{22,30}{x2}$ cloprame 1
1 fl 1 fl 44,50 Dr. BOUTAIB BEN SARI Latifa
Rhumatologue - Ostéopathe



Pharmacie EL ANA
Mme H.T. EL ARAI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tel: 022-36-64-34

05.22.39.99.57 شارع محمد السادس زر��ونى - الدار البيضاء - الهاتف :

283, Bd Mohamed Zerkouni (environ Boulevard Zerkouni) Casablanca Tel: 05.22.39.99.57

I.C.E.: 001813785000001 - INPE: 091164491

LOT :9MM052
PER.:06.2021

RHINATHIOL 5% AD ⊖
SIROP FL 200 ML
P.P.V :39DH20
6 1180000 061403

LOT :9MA056
PER.:10.2021

RHINATHIOL 5% AD ⊖
SIROP FL 200 ML
P.P.V :39DH20
6 1180000 061403



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN® 500mg/62,5 mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

PPV: 138,30 DH
LOT: 579163
PER: 02/20

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN® 500mg/62,5 mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

PPV: 138,30 DH
LOT: 579163
PER: 02/20

756.836.12.17

UT.AV.:

LOT : 180991

UT AV : 07/2024

PPV : 14,30DH

PPV(DH) : LOT N° :

رينوفيفرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س



RHINOFEBRAL®

20 GELLULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorophénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



الزكام مع ألام الرأس و / أو حمى
علبة من فئة 20 كبسولة

756.836.12.17

UT.AV.:

LOT : 180991

UT AV : 07/2024

PPV : 14,30DH

PPV(DH) : LOT N° :

رينوفيفرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س



RHINOFEBRAL®

20 GELLULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorophénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



الزكام مع ألام الرأس و / أو حمى
علبة من فئة 20 كبسولة

756.836.12.17

UT.AV.:

LOT : 180991

UT AV : 07/2024

PPV : 14,30DH

PPV(DH) : LOT N° :

رينوفيفرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س



RHINOFEBRAL®

20 GELLULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorophénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



الزكام مع ألام الرأس و / أو حمى
علبة من فئة 20 كبسولة