

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie **Dentaire** **Optique** **CA** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) 12326 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZGUENDI KARIM

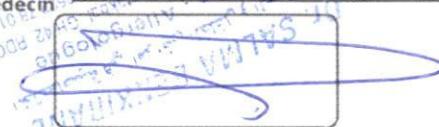
Date de naissance :

Adresse : Lot N°6 Lot yakout Sidi Maerouf
Casablanca

Tél. : 0661719334 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2016

Nom et prénom du malade : Zguendi Naef Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : consultation vacin

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

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 Le : _____ / _____ / _____

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
12/11/19	co	200 HT	INP 09/173550	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MORA Mme HUAJ NADIA EP BELHAJ SOUHAIT Bd 50, 15 Lot Communal Sidi M'BOUT Tel : 05 22 33 33 33	12/11/19	1030,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

COULET ADHERENT

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	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

**Antienne interne
du CHU Ibn Rochd**

دكتورة سلمى بنكيران

**اختصاصية في أمراض الطفل والرضع
والحساسية ومرض الربو
والطب المثلثي
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : 12 / 11 / 2011 ارجوا البيضاء في :

Zeguendi Naïf

439.00

1l Hexaxim

270.00

2l Rotovia.

18.50

3/ Thuya 1s CH.

Jognanto / Après vacin

71.50

4/ oscillococcinum.

1 dose si contagé n'eat.

1/ dose 8h - 16h - 22h.

Si début de grippe.



Enregistrement sans indications thérapeutiques
MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 04/2023 LOT: C1197 Ain Sebaâ, Casablanca
PPV: 180DH0 Thuya occidentalis 15ch



8,60
6/ Doliprane suppo loxy
1 suppos à 41 g pdr



PPV 80 H 60
PER 04 / 22
LOT 1855

54,00 st > 280 C°.

6/ Arnica gel : lopetraxin 31 g pdr

ARNICA GEL
LOT : 19042402
EXP : 04/2022
PPC : 5,00 DH

7/ Topidalyse uche maje

LOT/BATCH:

169,00 lopp 1/5 pdr 7J

puis achoper 7J

DR. SALMA BE
دكتور سالماء بوعاصي
Pediatre
طفل
3/2 Leissam
طبيبة للاسنان

169.00
DH

رقم التشغيلة و تاريخ الانتهاء : انظر العبوة
ACL : 3 401360 215 825
CNK : 3622-099
3 401360 215825

Pharmacie
CASA MORJANA
Casablanca
Maroc
NADIA EP BELHAJ SOULAH
PO. Box 1010
Tel : 05 22 32 19 37

1030,60