

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 données à caractère personnel.

N° W21-730643

13281h

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUHHOU RHADIA

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse :

Tél. : 06629849022 Total des frais engagés : DHS

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

11 OCT. 2022

DI OUSSALEM

Médecin Chef

DISALAHARI

ACCUEIL

10/09/2022

Nommeur Khalida

HTA + RBC

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 : 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
13/09/2022	C	grat	INP : 1111111111111111	DR. OUSSAMA AL AZHARI Médecin Chirurgien C/S AL AZHARI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AN-NIA établissement Assida - Imm 18, 4A - Oulfa Casablanca - Tel: 0522 93 46 77	13/9/22	762,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOL. 57, APRIL 2000

RELEVÉ 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A for the 13/09/2022

ORDONNANCE

A circular stamp with the following text:
NOUVELLE DO MAISON
ALZAHARI CHEF
C.S.U.
ALZAHARI
DE LA SANTE
DELEGATION HANSSA

✓ 19/11/2024 08:30 AM (N03) ✓ 08:30 AM (N03) ✓ 19/11/2024 08:30 AM (N03)

~~3000.00~~ (v) Due Date 08/22/2018 (v)
~~3000.00~~ (v) Due Date 08/22/2018 (v)

A photograph of a passport page showing several official stamps and a large handwritten signature. The stamps include one from 'DR. OSSALZEM' and another from 'C.S.U. ALTAHARIA'. A large, dark blue handwritten signature is overlaid across the middle of the page.



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

PPV: 49,50 DH
LOT: 21K17B
EXP: 11/2024



611800103056 9
EXFORGE ○
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 224,00 DH

7862160335



611800103056 9
EXFORGE ○
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 224,00 DH



611800103056 9
EXFORGE ○
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 224,00 DH

