

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.

N° W21-813453

172780

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12530	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUINESS ILHAM			
Date de naissance : 01/12/1984			
Adresse : Residence EDEN TAMARIS 2003 Appartement C3 Dan Bouazzza			
Tél. : 06 79 43 25 34	Total des frais engagés : Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/08/2023			
Nom et prénom du malade : OUINESS ILHAM			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : CS post partum			
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 Le : 02/08/2023			
Signature de l'adhérent(e) :			



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/08/2023	CS	Ost	INP	09/11/81310

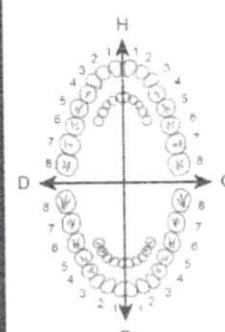
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMBIANIMARIN	02/08/23	379,00

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
AMBIANIMARIN			

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT

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

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
	DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>												
	FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			<input type="text"/>
		H	25533412	21433552										
		D	00000000	00000000										
		G	35533411	11433553										
	B													
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>													
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		<input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		<input type="text"/>												

Casablanca, le : 02/08/2023

ORDONNANCE



NA

02/08/2023

Mme OUINESS ILHAM

Naissance : 01/12/1984 22:59:00

PAYANT

DR.HAMQUMI LIBAT

PL

Dr. Lilia HAMOUMI LIBAT
Gynécologue et obstétricienne
60, Rue Nabbouche, Agdal, Casablanca, Tel: 05 22 25 18 54

Arachement / we 58m

Dr. Lilia HAMOUMI LIBAT
Gynécologue et obstétricienne
60, Rue Nabbouche, Agdal, Casablanca, Tel: 05 22 25 18 54

Casablanca, le : 02/08/2023

ORDONNANCE



180918225648OU-0 NA
Mme OUINESS ILHAM
 Naissance : 01/12/1984 22:59:00
 PAYANT
 DR.HAMOUMI LILIA

- 1- Anoxal 150 mg
 10362 150 mg x 21 → 700 mg
- 2- Simeorph 150 mg
 12300 150 mg x 15 → 750 mg
- 3- Norax 150 mg
 73862 150 mg x 10 → 750 mg

PHARMACIE
de Normandie des Familles
Gharbienne - Tel: Imam Angle Rue
0522.25 Tabarant
60, Rue Molésonne - 33000 Bordeaux
BR. LILIA HAMOUMI CLINIC VILLESCIENCE

54، شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء • 54، شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء

+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 / 74 +212 522 39 09 73 +212 522 36 05 34

4- Bétablock 200 mg

166,- Lbelte marron x 211

166,-

V

5- Diphacin 155,-

14,- 1g/5ts b 8h si dh

6-

Dipatol
1g/5ts

10 pastilles 521 PP

42,-

S.V.

373,-

PPV : 103,60 DH

LOT : 650870

PER : 11 / 24

Lot:

LF28477A

Per:

10/2024

PPV:

42 DH 00



LAMARAN MERVEILLE
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60
Pharmacie des Familles Angle Rue
de Normandie et laam Tabbarini
LAMARAN MERVEILLE

Nurax®
Comprimé

Lot:

230366

A consommer de
préférence avant le:

04/2026

PPC: 79,80 DH



Scannez moi

LOT: 2303027
FAB: 03/2023
EXP: 03/2026
PPC: 123.000 DH

LAMARAN MERVEILLE
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60
Pharmacie des Familles Angle Rue
de Normandie et laam Tabbarini
LAMARAN MERVEILLE

PPV 14 H 41
PER 06 / 26
LOT M 2091

