

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

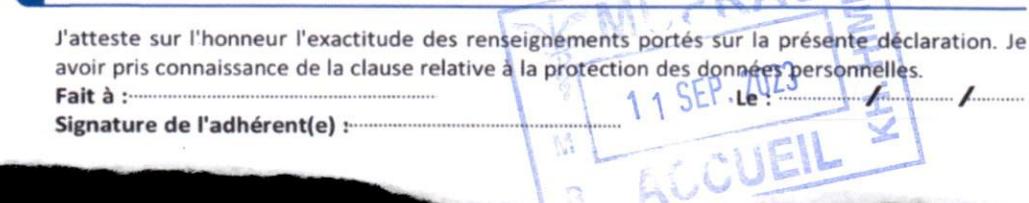
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-808901

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 18911	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	A74756
Nom & Prénom : Fathou Ghoulida			
Date de naissance : 18/03/1981			
Adresse : 184 Bd. Ghouli CASA			
Tél. : 060606030			
Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Amina JAI HOKMI Médecine Générale, Allergologie 137, Bd Moulay Youssef - CASA			
Date de consultation : 16/08/2023			
Nom et prénom du malade : Né Lchlou Nizha Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Depuis 01/01/2023			
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : 11 SEP 2023 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
14/08/2011	C	11	962,32	INP : 09A079445 Dr. Nour Youssef - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Distributeur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUAÏA CASA M.S.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06	16/08/2011	432,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

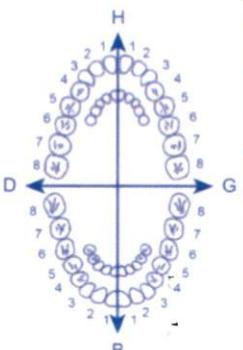
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

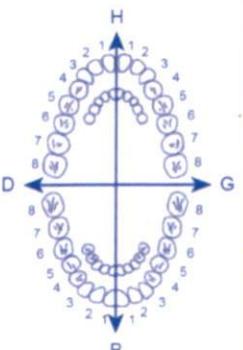
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Soins

Coefficients

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Amina JAI HOKIMI
Epouse BENFKIRA
MEDECINE GENERALE
ALLERGOLOGIE
ET ECHOGRAPHIE GENERALE
Diplôme d'allergologie
de la Faculté de Médecine Paris
Ancien Médecin
Attaché des Hôpitaux de Paris
Tests cutanés et Explorations
fonctionnelles respiratoires

الدكتورة أمينة جاي حكيمي
زوجة بنغفيرة
الطب العام
أمراض الحساسية
والفحص بالصدى
طبيبة سابقأ في مستشفيات
باريس

Casablanca, Le

16/08 / 2023

الدار البيضاء، في

7°-lahlor Mich

As

1) NO-DEP

126,80x3

14'5 →

3 P.M.

5245 2) Smecta Schlieren

Ms. A. 1. 3

57a

3 μ s

PER-02-2026
Z3E013

36

SMEC
SAC

530

IMAGE
930

VAN

LLE

شارع مولى، ١٣

Dr. Amir JAI HOKIMI
Médecin Général - Allergologie
137, Bd Bourguiba Youssef - CASA

**PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U**
Angle Bd Ghandi et Yacoub
137, Bd Moulay Youssef Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT: 422
PER: DEC 2024
PPV: 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT: 429
PER: FEV 2025
PPV: 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT: 429
PER: FEV 2025
PPV: 126 DH 80

CiplaMaroc

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONSEILS