

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.

M22- 0048738

Maladie

Dentaire

Optique

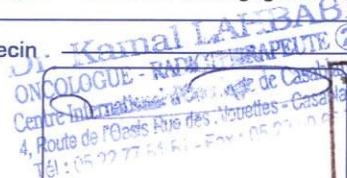
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6081 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : 133968
 Nom & Prénom : SAASAA ACHA
 Date de naissance : 15-06-1955
 Adresse : 109 lot AL FATH-1- Sidi Daârouf
 Florida CASA
 Tél. : 0658490663 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/09/2023

Nom et prénom du malade : SAASAA ACHA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Convalescence normale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 20/09/2023

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
18.09.23	CS		6000	Centre International de Médecine et d'Appel à BABI 4, Route de l'Orage Rue des Toulettes - Casablanca Tél. 0522 59 65 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AHMED DIB SAINT-OUEN 93160 France</i>	<i>15/01/23</i>	<i>519,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



 AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI
Oncologue - Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien praticien de l'institut Bergonié-Bordeaux

Casablanca, le.....

18/09/2023

Mme SAASAA AICHA

1/ BIOMYLASE

136P 1c a m x 3/jour
2/ ALYSE 25 MG S.V.

2/ ALYSE 25 MG

1 cp le soir pdt 1 mois

$$\overline{5} = 126.5$$

PHARMACEUTICALS
DR. RAJEEV KASHYAP
SANT AU
SARITA VILLE
NEW DELHI-110075
MOBILE: 9810052297
TELEPHONE: 011-22973210
FAX: 011-22973210
GSM: 0661605450
SIDDHARTH PHARMACEUTICALS

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

BiOMYLASE®

200 U.CEIP/ml

ALPHA-AMYLASE

SIROP

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

الفا أميلاز

شراب

عن طريق الفم

قارورة 125 مل



VOIE ORALE

Flacon de
125 ml



♀	NOURRISON ET ENFANT DE 7 A 15 KG	1	CUILLÈRE À CAFÉ (5 ml) 3 FOIS/JOUR
♂	ENFANT DE PLUS DE 15 KG	2	CUILLÈRES À CAFÉ (10 ml) 3 FOIS/JOUR
♂	ADULTE	1	CUILLÈRE À SOUPE (15 ml) 3 FOIS/JOUR

	الصباح
	الزوال
	المساء
	الندة

BiOMYLASE® 200 U.CEIP/ml
Sirop 125 ml



6 118000 120742

Fabriqué par POLYMÉDIC
Sous licence des Laboratoires BIOGARAN
Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane Casablanca - Maroc
Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable.

POLY MEDIC

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00

b

voie orale



ALYSE® 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES

3 3 3
3 3 3
3 3 3

56 GÉLULES

Lot.:

22L269

Exp.:

08.2025

PPV: 136DH50

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعات المحددة
Tableau A (Liste 1)
جدول 1 (جدول 1)

