

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.

186 323

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraite
 Nom & Prénom : Labdaa Med
 Date de naissance : 1941
 Adresse : Hay El Alia Rue 3 N° 22 El oufia
 Casab
 0664094165 Tél. : 05 22 90 70 29 Total des frais engagés : 1158,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHAFIK Fouad
 MEDECIN EXPERT
 Bd Oued Oum Errahi 2 109 N° 4 Oulfa
 Tel: 0522 20 51 69

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/89

Nom et prénom du malade : ZABDAA Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Mafete + HTA + Diabète

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/11/89

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/11/89

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
24/11/2019			11500H	  Dr. A. A. Qureshi 24/11/2019 Qued Oum Erar 0522 44 51 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SELMA HASSOUNI Boulevard Oued Souf 05 22 50 50 06 - Casablanca</i> 	24/07/23	1308,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES TRAITEMENTS			
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	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENT PRES LES TRIBUNAUX
Dipômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلق لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

14/11/23
ASBDA Casablanca87,00 x3 - Alucel 10080,70 x3 - Cryst
x3 - Triatic 1049,40 x3 - Cryst
x3 - Acrop 5027,2 x3 - Cardiofene101,00 x3 - Velaxel 40%

MM 303

130,8,60 - CV 1

Dr. CHAFIK Fouad
MÉDECIN EXPERT
Bd. Oued Oum Fazah - Casablanca - Tél: 0522 51 65

Traitement de 3mois

شارع وادم الريبي، زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الهاتف : 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء
Bd. Oued OUM ERRISSI Rue 69 N° 4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél: Cab. 05 22 90 51 65

AMAREL 1MG
CP 830
P.P.V : 51DH10
PER : 10/10/2025



6 118000 060024

AMAREL 1MG
CP 830
P.P.V : 51DH10
PER : 10/10/2025



6 118000 060024

AMAREL 1MG
CP 830

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

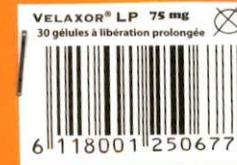
LOT 230424
EXP 03/2026
PPV 49.40DH

↓
X3 Ged

LOT 1302494

EXP 02/26

PPV 101DH00

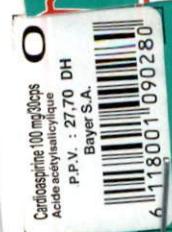


6 118001 250677

Cardiospirine 100 mg/30caps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.



Cardiospirine 100 mg/30caps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.



Cardiospirine 100 mg/30caps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.

