

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7405

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tovili Dania

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 74 63 74

Total des frais engagés : 1 923 22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AREZDI Moutay Abdelmajid
Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue
Rés. Ryad Al Qods, GH03, Imm 1, 2e Etg
N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haifa)
Al Chock - CASABLANCA
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

Date de consultation : 09/11/2023

Nom et prénom du malade : EL CATI Mohamedine Age: 23

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sinus pilonidal césarien

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09/11/2024

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 : CASAB

Le : 11/11/2024

Signature de l'adhérent(e) :

D

7405



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
09/11/14	23 Fr S		Contrôle	<p>Dr AREZDI Moulay Abdellmajid</p> <p>Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue</p> <p>Rés. Ryad Al Qods, GH03, Imm 1, 3e Etg</p> <p>N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haïfa)</p> <p>Ain Chock - CASABLANCA</p> <p>Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

IPP®
Oméprazole 20 mg
Boîte de 28 gélules

PPV : 95,0

6 118000 1910

IPP®
Oméprazole 20 mg
Boîte de 28 gélules

PPV : 95,00 DH

6 118000 191049

Br. en hie
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin Chef du Service de Médecine
à l'Hôpital Sekkat

Casablanca, le 09/11/2023

PPV : 87DH00
PER : 05-25
LOT : M1841

Mr EL CATI Mohamed Amine

9500 1/2
IPP BOITE DE 28 20 MG

1 gélule 2 fois par jour avant repas, pendant 1 mois

13 200
MAXICLAV SACHETS 1G

87, 02
1 SACHET 3 FOIS PAR JOUR APRES REPAS, pendant 10 jours

3200 1/2
METROZAL 500MG

1CP 3 FOIS PAR JOUR APRES REPAS, pendant 10 jours

2500
AGIDERM PDE

1 APPLICATION 2 FOIS PAR JOUR, pendant 20 jours

49900
صيدلية الريسيط
PHARMACIE LES CRETES
Mme. SO - RI Khadija
Marché Lotoisement Haddouia
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

1, Rés. Riyad Al Qods, 2^{ème} étage

N°3, Bd. Al Qods, Angle Bd. Haifa

(en face d'école Bab Andalouss et yves rocher)

Casablanca

0522 52 36 36 | 0613 13 00 16



16 sachets

رقم 3، شارع القدس، تقاطع شارع حيفا

(امام مدارس باب الأندلس وفوق yves rocher)

الدار البيضاء

METROZAL®
Metronidazole 500mg
Boîte de 20 sachets

METROZAL®
Metronidazole 500mg
Boîte de 20 sachets

AGIDERM®
315g
15g
25°C
LOT : 352
PER : 05/26
PPV : 25,00 DH

PPV : 132DH00
PER : 07-25
LOT : M1929

MAXICLAV®
amoxicilline + acide clavulanique
Adulte
voie orale
1g / 125mg