

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7405

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Taïbi benn

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660746374

Total des frais engagés : 092321 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : EL CATI mohamed Aïne Age: 22

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sinus pilonidal opérée

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 JAN. 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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

AUTORISATION CNDP N° : A-A215 / 2019

M R ACCUEIL K

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
28/12/23	23 J.S	Gratuit		Dr AREZDI Moulay Abdellmajid Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue Res. Ryad Al Qods - GH03, Imn 1, 2e Etg N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haïfa) Ain Chock - CASABLANCA Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr ECHARIF CHECHAOUI Bd. Ba Hmad Casablanca Tél: 05 22 24 88 14	20/12/23	449,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

INERENT

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arch					

24.07.4

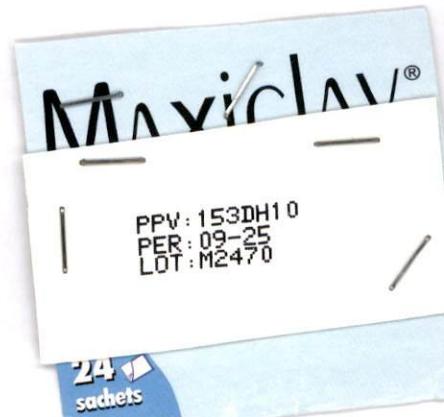


— Compress Stein 30/30

449,60

Dr. AREZDI Moulay Abdellmajid
Hépato-Gastro Entérologue-Proctologue
Rés. Ryad Al Qods G.W.03 Imm.1 Etg.2
N°3 Bd. Al Qods (Angle Bd. Haifa)
Ain Chock CASABLANCA
Tel: 05 22 52 36 36 / 06 13 13 00 16

PHARMACIE GARE VOYAGEURS
Mme ECHARIF CHEFCHAOUNI F.Z
238, Bd. Ba Hmad Casablanca
Tél: 05 22 24 88 14



LOT 211953
EXP 04/2024
PPV 140.00DH

METROZAL®
Metronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

PPV. 140.00DH
6118000190967

Casablanca le, 20.12.2023

le Jeune EL CATI Mohamed Amine

140.00

- DEDES 40

- plus ouvert petit dej

PHARMACE GARE VOYAGEUR
MAMECHARIF CHECHAOUNI F.Z.
238, Bd. RA HIBAL Casablanca
Tel: 05 22 24 28 28
x 15 JF

153.10

- MAXIC LAVAGE

- sachet

3x1l

apm en

xti

- METRZAL 500

32.10

10 JF

- Soins locaux x

+ Agideux crème

+ BETADINE:

- flacon vert
- flacon rouge
- TULE

28.00

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 bd. d'Anfa) - Casablanca

tél : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax: 05 22 39 14 15 - Email: direction@clalmassira.ma