

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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule :

201594

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Chafik Monassa

Rolema

Date de naissance :

21/10/1972

Adresse :

105, rue

25000 Casablanca

Tél. :

264 90

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/10/2021

Nom et prénom du malade :

Chafik Monassa

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

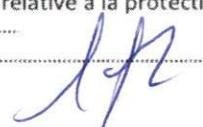
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudant conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 26/10/2021

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
26/3/24	OP/15	0	INP 091039198	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Bahr Angle Rue Abou Kattar et Abou Hassan Saghir Matraf Echaffa Jasseh Tel 05223112	26/3/24	28420

ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature de l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

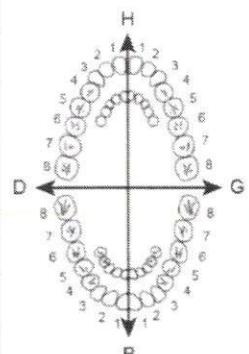
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DATE DE L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

Docteur A. B.

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire
de Chirurgie Refractive et Cataracte
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux
Laser . Angiographie

49, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون
أشعة الليزر

49, زنقة طاطا (بوانكري سابقا) - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميعاد

Casablanca, le 26 - 3 - 24 الدار البيضاء في

Cherfouh 70000

1) Monopole

180 x 120 - 0.2

70.00 ₣ 660 pour

1) Monopole

3) Hylozell

10260 x 24) aérius 3 5

26.00 ₣

189

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Maârif Extention Casa - Tel: 0522 23 17 0

LOT

0191221
2024 12
PPC
DHS
79,00



AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



MSD

LOT : 114
PER : SEP 2025
PPV : 102 DH 60

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبيسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبيسة

soumis à prescription
à effet notoire:

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés

LOT : 114

PER : SEP 2025

PPV : 102 DH 60



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص
ملمسة