

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.

4935

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5552	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUHAL ABDELMAJID			
Date de naissance : 01-01-1963			
Adresse : Habituelle			
Tél. :	0662 18 30 90	Total des frais engagés : 715,30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 11/9/20	
Nom et prénom du malade : SOUHAL ABDELMAJID	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CINQAI B LANEN

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
4/9/00	en		3003	INP. 111

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
 PHARMACEUTICAL HILAL LAABOUDI Seïda 77, Rue Al Bachir Laaboudi Cité Plateaux 25 46 86. (C.C. 0015-11-Aw)	04/03/2024		<i>équipement</i> <i>tel 0525 46 86 86</i> <i>0015-11-Aw</i> <i>425,80</i>

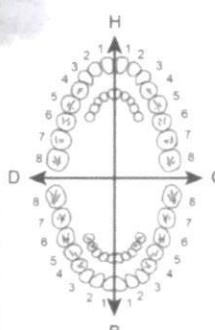
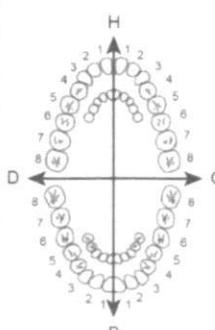
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
					

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	INP : 		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 		
				MONTANTS DES SOINS 		
				DEBUT D'EXECUTION 		
				FIN D'EXECUTION 		
				1		
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX 		
		D	00000000	MONTANTS DES SOINS 		
		B	00000000	DATE DU DEVIS 		
		G	35533411	DATE DE L'EXECUTION 		
			11433553			
		(Création, remont, adjonction)				
		Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

Monsieur

ABDELMJID

SOUHAIL

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oùdaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:
60DH10

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oùdaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:
60DH10

60,10 + 2

MAXILASE 3000

1 comprimé 3 fois par jour pendant 7 jours.
120,20

27,70 + 2

VIT C 1000 EFFERVESCENTE

55,40 1 comprimé matin pendant 15 jours.

99,00

MAGMINE CP

1 CP PAR JOUR PDT 1 MOIS LES SOIRS

75,00 + 2

NAZAIR

2 pulvérisations les soirs pendant 3 mois

150,00

90,90 **STERIMAR**

lavage du nez 3-4 fois par jour

Vita C1000®

PPV 27DH70 EXP 05/2023
LOT 05006 12

Vita C1000®

PPV 27DH70 EXP 05/2023
LOT 05006 12

LOT: GA91192

PER: 11/2021

PPV: 75 DH 00

LOT: GA91192

PER: 11/2021

PPV: 75 DH 00

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laabid
Cité Plateaux - Casablanca
Tél. 0522 47 20 20 - 0522 20 18 85
Fax 0522 20 18 85
ICE : 001837199000069

Signé : Professeur HESSISSEN M A

425,30

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 90.90 DH
Prevent

ORL
Diagnostic & Explorations
الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص