

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothésiste :

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.

Pathologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 42.17 Société : 1195.7

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAHAL LAHIA MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TI RABIR (2)
BERRECHID

Tél. 0706759334 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/11/2020

Nom et prénom du malade : KAHALLAHIA MUSTAPHA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : adk du bas redditum mélashtique

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 à caractère personnel.

Le : 01/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

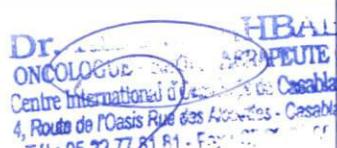
1195.7

MUPRAS

11 DEC. 2020

ACCUEIL

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
26/11/20	C ₃	-	5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
26/11/20	507.60

~~Cachet du Pharmacien~~
~~Docteur en Pharmacie - Diplôme~~
~~Docteur en Pharmacien - Diplôme~~
~~AL HIBAL PHARMACEUTIQUE~~

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

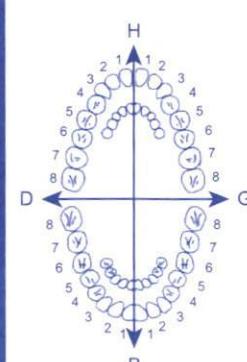
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Kamal LAHBABI
Oncologue Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien praticien de l'institut Bergonié-Bordeaux

Casablanca, le :

26/11/2020

Mr. KAHALLAHIA MUSTAPHA

1/ TRAMAL 50MG

25.00x8 1cp si douleurs; maximum6/jour;

respecter un délai de 4heures entre les prises, 1 Mois

2/ BALLONYL BT/60

63.30 1 cp trois fois par jour , 1 Mois

3/ ANXIOL 6MG BT 30 CP

36.70 1/2 Comprimé Soir pendant 10 jours

4/ NEOFORTAN 160 BT 10

497-60 1 cp trois fois par jour, 15 jours

4, route de l'Oasis rue des Alouettes

Casablanca

Tél. : 0522 77 81 81

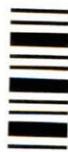
Fax: 0522 99 65 74

E-mail: info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

AKDITAL
Groupe de Santé

PPV: 25DH00
PER: 01/25
LOT: J329



PPV: 25DH00
PER: 01/25
LOT: J329



PPV: 25DH00
PER: 09/24
LOT: I2043



PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: I2705



PPV: 25DH00
PER: 01/25
LOT: J329



PPV: 25DH00
PER: 01/25
LOT: J329



LOT 191568
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

dépasser la dose journalière recommandée.
L'enfant alimentaire n'est pas médicament.
; laisser à la portée des enfants.
servir à l'abri de l'humidité et de la chaleur.
LOT: 200272
DLUD: 07/2023
63.30DH

NEOFORTAN[®] 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2022
LOT 98044 1

NEOFORTAN[®] 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2023
LOT 06063 4