

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

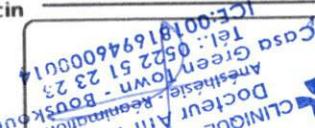
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-580521

ND: 51450

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 1521		Autre :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	LIDARY MOSTAFA	
Nom & Prénom : 10 08 53		Date de naissance :	
Adresse : 5 Rue ABDEL HAK AL KADMIRI		Tél. : 0661321257	
		Total des frais engagés : 205,00	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 		
Date de consultation : 13/01/2023		
Nom et prénom du malade : LIDARY AMINA		
Age: 53		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : Toux		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un pli confidentiel à l'admission au cabinet du médecin 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 : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
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
3/10/2012				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Dr Kaderi Compagnie Rue Memouni, 64 - 15 22 36 03 Tunis</i>	04/11/20	205,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

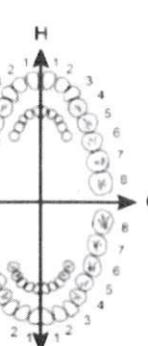
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE

Casablanca le, 23/10/2010

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

LARAKI ANIMA

125,30

1) VAXIOTRIP

N°

390011

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadih Hassani fatima
Rue Mammoun Mohamed
Casablanca - Tél: 05 21 36 05 07

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadih Hassani fatima
Rue Mammoun Mohamed
Casablanca - Tél: 05 21 36 05 07

2/247 hours

79,70

149,1000

105,00

CLINIQUE VILLE VERTE
DÉPARTEMENT ATTEINTES
Anesthésie - Réanimation
Casab Green Town - Bouskoura
Tél: 0522 51 23 23
ICE: 001816946000014

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014

Pharmacie DU COMPLEXE SPORTIF

63, Rue Mamoun Mohamed Maarif

Casablanca

0522 360507/0662793789

Patente:35804489 IF:40908270

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH

6118001 082247

Facture N° 56 Du 25/11/2020

Client : LIDARI MOSTAFA

FO	PRODUIT	QTE	PRIX	QTE * PRIX
RE	VAXIGRIP MERIEUX	2	125.30	250.60
	Total			250.60

Arrêtée la présente facture à Deux Cent Cinquante Dirhams Et Soixante Centimes

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr.Kadiri Hassanji fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca - Tél. : 05 22 36 05 07

ZITHROMAX®
azithromycine 500 mg

Pfizer

Respecter les doses prescrites

liste 1 uniquement sur ordonnance

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1281533

Date Fab : 10 / 2019 Date Exp : 09 / 2021

PPV : 79,70 DH

ZITHROMAX®
azithromycine

500 mg

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
Km 05 Route de Oujda (24000) El Jadida
6418000250500

3 Comprimés sécables