

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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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 canalaire.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-529855

ND: 27617



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TALAL ABD EL HAKIM

Date de naissance :

01/10/1960

Adresse :

habituelle

Tél. :

06 73 73 08 31

Total des frais engagés : 120,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/02/1220

Nom et prénom du malade : TALAL Abd el Hakim Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 29/02/1220

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
29 FEV 2020	82	-	250,00	2020 02 29 164939 DR. E. SOPHTALM. 18.02.2020
7 MARS 2020	82	-	Gualef	DR. E. SOPHTALM. 18.02.2020

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	Signature
PHARMACIE MÉDICAL SENHAUT Mouna	25/02/2023	130,80	23-32/83.18.0
PHARMACIE AZIZI	Derb el M'zor N° 9 Rue Derb Bouchentouf Casablanca Dr AZIZI 5014 21 03 2020	79,02	23-32/83.18.0

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																											
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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP : <input type="text"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																											
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																											
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																											
	ODF PROTHESSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>							
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																									
		H	G																																								
		25533412	21433552																																								
		00000000	00000000																																								
		D	G																																								
		00000000	00000000																																								
		35533411	11433553																																								
		B																																									
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																									
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																											
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																											
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																											

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E
OPHTHALMOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
LASER ANGIOGRAPHIE



الدكتور العلمي الأوفوسي ج.ه
خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le : 29 FEV 2020

N° JAZ AL Adel HAKIM

Monte dans l'ordre

65,00 - Vigane x 1 poche 3x15 187,00
26,40 - Tobrex 1 poche 1x15 15,00
29,40 - Chibro-cadron 1 poche 3x15 67,00
120,00

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27162
Bouskoura - MAROC

96,40
Soyez prudent
Ne pas consommer
sans avoir lu la
notice
NIVEAU 1

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION



PHARMACIE MENARA
SENHAJ Mouna
Derb el Mitr N° 9 Rue 1
Derb Bouchentouf Casablanca
Tél. 0522 83 18 03

Dr. EL ALAOUI JE
OPHTHALMOLOGISTE
Casablanca
1^{er} Etage - AL MANJRA
N° 83, 23, 32, 18, 03
Ref. 83, 23, 32, 18, 03

NPE 091164939

0522 83 18 03 / 0522 83 23 32 - الدار البيضاء - الهاتف : 32
315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA) 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

6 118001 072323

Vigamox® 5 mg/ml

Sulfamoxine en solution, Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 506/15/DMP/21/NNP

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Non remboursable AMO

PPV : 65,00 DHS

© 2016 Novartis



449780

ANAMOX 5 mg/ml
Sulfamoxine en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 506/15/DMP/21/NNP
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Non remboursable AMO
PPV : 65,00 DHS
© 2016 Novartis
449780

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E
OPHTHALMOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلمي الأولي ج.د.

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون



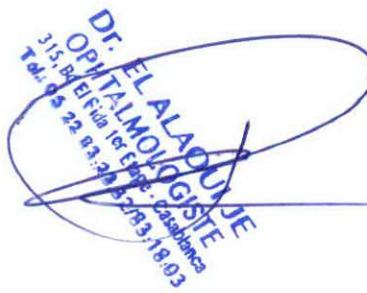
Casablanca, le : 07 MARS 2020

N° JALAL AbdelRakim

sehr clair l (0)
79°, NAVI npla
1 poote 3-171 1-46



PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
23, Bd El Makdiss - Hay Oods
Tél. : 05 38 50 25 39 - OUJDA



NPE 091164939

315، شارع الفداء مقابل قسارة المنجرة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 83 18 03 / 0522 83 23 32
315, Avenue El Fida, au niveau du 1er étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03