

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-640370

81676 -



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6444

Société :

R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MANZAH RACHID

Date de naissance :

13/12/1965

Adresse :

LES CHALET DE BOUKOURA N°7 - CASABLANCA

Tél. :

0661 226360

Total des frais engagés :

1018,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/06 /2021

Nom et prénom du malade :

Bousbih Bouziane

Age :

50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastrite HP

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/06/2021



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'ODF.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>		Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			H	25533412	21433552											
			D	00000000	00000000											
			B	00000000	00000000											
			G	35533411	11433553											
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10/06/21

Dme

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 14 45
Fax : 05 29 03 14 47
Email : contact@hck.ma
N°INP : 0900612862

Bougħdoum
Smaïlen

80300 Pylera:
 3 Cp x 4 fsiż f'għxa 10j

21500 Zogħġas: 40
 18el x 2 fsiż f'għidha 10j

101800 Paj
 18el x 2 fsiż f'għidha 10j
 صنبلة زمامية
 PHARMACIE ZEMMAMA
 Km.16, Route Secondaire 109, Douar Fekra
 Bouskoura-Casa Tel : 0529 03 03 01
 INPE 092069117 NCF 00194356700088

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Pr. EL IDRISI LAMCHRI ABDENNAEUF
 Gastroentérologue endoscopiste
 et gastro-interventionnel

Adresse : Boulevard Mohamed Taib Maciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
 Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

ZÆGAS®

Esomeprazole



40 mg
Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x



R! 51 10



COOPER
PHARMA

LOT 201341
EXP 07/2022
PPV 215.00DH

LOT 210223
EXP 09/2022
PPV 215.00DH

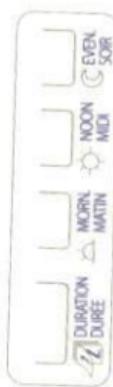
40 mg
Voie Orale
Oral route



ZAEVAS[®]
Esomeprazole

28 x

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules



40 mg
Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x

COOPER
PHARMA

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur

SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262