

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

Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

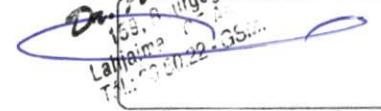
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-619734

82905

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10771 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HARDOUNI Ahlame			
Date de naissance : 21 10 91			
Adresse : Résidence Romane II Boulevard Prince ANZARANE 1000 Rabat NO 13 4 ^e étage			
Tél. : 06 03 72 77 71 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Lamine <input type="checkbox"/> Lahcen <input type="checkbox"/> Taha <input type="checkbox"/> Dr. Lahcen <input type="checkbox"/> Dr. Lahcen <input type="checkbox"/> Dr. Lahcen			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : TAKAFIK INESS Age :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant allez			
Lien de parenté :			
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.			

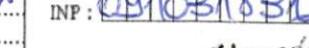
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
13/10/2021	Acte	5	200 DH	INP : 09103183L
				 Dr. Ammar Serradell 159, Avenue de l'Indépendance Laâyoune Télé: 09 22 30 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Alizzi Yasmin - Dr Chakiki - Tel: 05 22 94 53 47	13/8/21	331,80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux

Stérilité et Fécondité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء براة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

13/08/2021

Casablanca, Le :

الدار البيضاء في :

Enfant Taoufik Iness

Sc. 40
CURTEC 10 MG

1 comprimé le soir au coucher, pendant 15 jours

13.20

NASONEX
2 pul nasal

50.20

AZIX 500

1 comprimé le matin, après les repas, pendant 3 jours

10.30

DOLIPRANE 500

1 comprimé, 3 fois par jour

15.30

VITA C 1000

1 comprimé, matin et soir

40.00

AMYLOSE

1 comprimé, 3 fois par jour

331.80



Vita C 1000

PPV 15DH30
EXP 12/2023
LOT 0D0512



Dr. Asmae Berrada
159, Bd Bourgogne El Hédi
Lahjajma 24
Tél: 0522 60 22 - GSM:



159, Bd Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahjajma - Casablanca

Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 berrada.asmae65@gmail.com

أميلاز®
200 U.CEIP/ml
الفا أميلاز

140,00

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
6 118000 040361



Conserver le tube bien fermé
à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

NE LAISSER NI A LA PORTEE,
NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 41/19DMP/21/NRQDNM

b bottu s.a.
42, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Ichouci - Pharmacien Responsable

