

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

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 : 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.

95927

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3175

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Veuve

Nom & Prénom : Taki khaddani

Date de naissance : 1.01.1960

Adresse : Al Qada Res. Albadil NR 9 Sidi Bernoussi Casab

Tél. : 05 20 12 96 19

Total des frais engagés : 968,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Attou A
Médecin Généraliste
Centre de Santé Riad
Hay Mohammadi - Aln Sebaa

Date de consultation : 05/10/2021

Nom et prénom du malade : Taki Inas Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastroalgie

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 : Casablanca

Le : 28/11/2021

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
05/10/21	C			Dr. Aliou A Médecin Généraliste Centre de Santé Aïr Sebaa IN P 91041608

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie F.24 30, Grand Bernois Tel : 05 22 73 00 06	5/10/21	9686-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Alliou A
Médecin Généraliste
Centre de Santé Riad
Hay Mohammedia - Casablanca

Le 05/10/21

Mme Taki Inuss.

4080

Motilium 50 mg
1 cap x 3



MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
REF: 12206915
LOT: 20060515
P.P.V: 40DH80



6 118000 011040



aut les rep)

4600 Digoxine cp
1 g x 3



9100 Librax cp
1 g x 3



IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents

LOT 110372
EXP 03/2023
PPV 730H80



6 118000 032793

7380 IXOR cp



8700 1 g 1 j
Beluxim B6



Dr. Alliou A
Médecin Généraliste
Centre de Santé Riad
Hay Mohammedia - Casablanca

Date : L.O.T.
EXP.
P.P.V.

211302
05 2026
46.00

CERTIFICAT MÉDICAL

Digestine

30 gélules Remboursable AMM



Je soussigné

Certifie que l'état de santé de :

1- Nécessite un arrêt de travail de jours

(sauf complications) du au inclus.

2- Nécessite une prolongation d'arrêt de travail de jours

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



LOT:21106 PER:06/12/2024
PPV:21,00 DH

our servir et valoir ce que de droit.

Signature