

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 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 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

- Reclamation : 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° W21-655532

96281



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 0862		Autre :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : FAIK KHALID		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 07/06/1965		Adresse : 1437 Fuelle	
Tél. : 0664775451		Total des frais engagés : 335,15 Dhs	

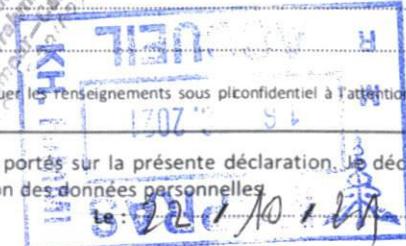
Autorisation CNCDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 22 OCT 2021	
Nom et prénom du malade : FAIK KHALID	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Sastite
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : FAIK



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
22.10.21	85.00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G B	25533412	21433552	00000000	00000000	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"/>		
		25533412	21433552					
		00000000	00000000					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								

CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

الدكتور عبد الخالق زهوانى

اختصاصى فى طب الأطفال والرضع

الضيقه وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعى ابن رشد

رئيس مصلحة ساقا

22 OCT. 2021

11.30

✓ de 100 J x 100 J

150 x 3 J x 2 J



LOT: 210451
PER: 03-2621
PPV: 11,30DH



52.80

✓ de 100 J x 100 J

150 x 1 J x 14 J

20.95

✓ de 100 J x 100 J

Bon 20.95



85.00



Dr. ZAHOUANI Abdelkhalek
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE
Im. Communal-angle Bd.
Sidi Abderrahmane & Route
d'Azemmour-Casablanca
Tél: 022-91 43 33 / 06 63 48 11 21

عمارة الجماعة - زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور

الطباق الأول رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 43 33 / 06 63 48 11 21

E-mail : abd.zahouani@gmail.com

LOT 201587
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

مختبر سما

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

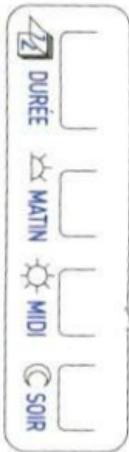
OEDES[®]
oméprazole



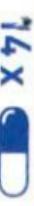
20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x 



Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x 


COOPER
PHARMA



BATCH MAN 1220

HP411 EXP 1124

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
نحوه حناما بالجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة Liste II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE