

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>11143</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : <u>QADDAUD LAILA</u>	
Nom & Prénom : <u>QADDAUD LAILA</u>		<input type="checkbox"/> Autre : <u>96851</u>	
Date de naissance :			
Adresse : <u>QASA - Amfou</u>			
Tél. : <u>2021</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>03/11/2011</u>	
Nom et prénom du malade : <u>SEDDIKI Asmaâ</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Attelle suppiale</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>cas</u>	
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 charte relative à la protection des données personnelles.	
Fait à :	<u>Casa</u>
Signature de l'adhérent(e) :	<u>Le : 03/11/2011</u>



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHOROKHE Dr El Mohssine Adnane Rue 48 Hay Mly Abdellah Ain Chock Tél: 0522 50 08 77 - Casablanca	16/03/2021	14260

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHAMPS DE BATAILLE	19/01/2018	100%	100

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 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"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <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> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		

Dr Asmaâ SEDDIKI

Médecine Générale
Médecine de Santé au Travail

Echographie

Grossesse - Accouchement

Ex. Interne des Hôpitaux de Casablanca

الدكتورة أسماء السديقي

الطب العام
طب الشغل

الفحص بالصدى
الحمل - الولادة

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات الدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le

03/12/2021

7^e Taïla Oussouf
N° 2
11 Aziz Ben N° 2
3884p le 1^{er} jour puis 1/2 p.
21 Mexol 6
18 Ame 8287
16 Doliprane 1g N° 2
2274p + 37
11 Renuicpi
214018123
EFFIPRED® 20 mg

KARDEGIC 160 MG
SACHETS B30
P.P.V : 350DH70
LOT : 21E008
PER : 12/2022
6 118001 081189

KARDEGIC 160 MG
SACHETS B30
P.P.V : 350DH70
LOT : 21E008
PER : 12/2022
6 118001 081189

PHARMACIE CHOROKH
Dr. El Mohsine Adnane
48 Hay Mly Abdellah Ain Chokh
Casablanca 250 08 77 - Casa

COOPER PHARMA
PPV: 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

14,60
PPV 14 DH 60
PER 07/24
LOT K2376

PPV 380DH40
EXP 07/2024
LOT 16030

EFFIPRED® 20 mg
PPV 580DH40

PPV 14 DH 60
PER 07/24
LOT K2376
14,60

26,70

العيون - الفداء - درب السلطان - الدار البيضاء - الهاتف : 03.30.39
89, Rue El Gharb - Hay Laâyoune - El Fida - Derb Sultan - Casablanca -
E-mail : asmaland@yahoo.fr

61 oxymerc

SDH

29/11/23
Dr. SEDDIKI Asmaâ

Asmaâ
89 Rue El Gharb
Hay Laâyoune El Fida
Casa - Tél.: 05 22 83 30 39

N°3

SDH

SUP

81/80 Asperges

Dr. SEDDIKI Asmaâ
89, Rue El Gharb
Hay Laâyoune El Fida
Casa - Tél.: 05 22 83 30 39



PHARMACIE CHOROKHE
Dr. El Mohssine Adnane
Rue 48 Hay Mly Abdellah Ain Chokh
Tél: 0522 50 08 77 - Casa

Notel, 5527