

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 : 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° W21-697385

109693



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2591	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		OULAL ITAUNA	
Date de naissance :		13/03/153	
Adresse :		2BIS Rue NAHDA Casab	
Tél. :	06650235016	Total des frais engagés : 500Dhs Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Oula el Hali	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
Épaule et bras	
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 : Casab Le 28/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

le 28/03/22

AB

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 Frais
27/03/21	1C	Grafer Pointe	100	Dr. NABIH Mohamed Traumatologie-Orthopédie INPE: 091281048
28/03/21	Infiltration Dipolée	300	100	Dr. NABIH Mohamed Traumatologie-Orthopédie INPE: 091281048

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

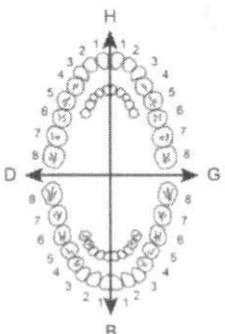
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
JOHN BENNETT - 28/03/21	28/03/21	Saliprime 11	14

AUXILIAIRES MEDICAUX

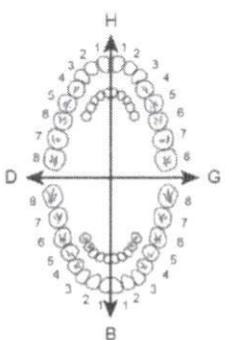
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Ordonnance

Oualal Halcine

28.03.2022

141

W. Dolipr ~~SV log~~

GRANDE PHARMACIE DU MAROC
Mme. DEBBACHE BEA
Place Bandoeng - Casablanca
Tél: 05 25 20 41

Dr. NABIH Mohamed
Traumatologie-Orthopédie
116, Bd. Mokhtar Ben Mokhtar
El Garnaout Bernoussi - Casablanca
0522 75 05 75 / 07 02 05 05 75

Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL

PPV: 14 DH00

PER: 01 / 25

LOT: L253

b
bottu.s.a
S.A.S. Aboit, Am. Cauvinne, Av. Sébillé - Constance
S. Bouchard - Pharmacien Responsable

COMPRÉMÉ

ADULTE
10 Comprimés



MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE: les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSÉOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et/ou persistantes, il est nécessaire de faire augmenter la posologie par 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TEMPS DE LA POSÉE ET DE LA VIE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

دوال
بارا-سيطا-مول
1000
ملغ



اقراص
دوال

دوال
بارا-سيطا-مول
1000
ملغ

Doliprane[®] 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

Barcode
6 118000 040972

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, éats grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles dououreuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Reservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**



Ordonnance

28.03.2022

Boulel Halima

Note d'honoraine : 500DH

Infiltration édema goudé
de Diprosone coude goudé

Dr. NABIH Mohamed
Traumatologie-Orthopédie
116, Bd. Mokhtar Ben Mokhtar
El Garnaoui Bernoussi-Casa
0522750575/0702050575

Dr. NABIH Mohamed
Traumatologie-Orthopédie
INPE:091281048