

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.

N° M21- 072403

118765

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14543 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAOUDI BOUCHAIB,

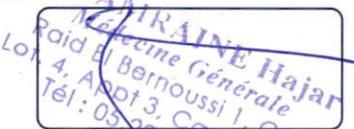
Date de naissance : 12.05.1960

Adresse : 240 Bd Al Jawlae St min laea

Tél. : 06 743 700 27 Total des frais engagés : 1.000 + 1.233.800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.06.2016

Nom et prénom du malade : KHAOUDI BOUCHAIB Age : 52 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète g. Latente

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 : 09.06.2016 Le : 09.06.2016

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
09.06.22	C	Asodih		 <p>AMIRAINA Hajar Médecine Générale Riad EL Boussofi 1, GH3 App 13 Casablanca Tél: 05.22.76.89.16</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Jour Salma 2 Casablanca Tél.: 05/22 38 01 47 ICE : 002115851000092 IN.P.E : 092004506</p>	09/06/22	123450

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

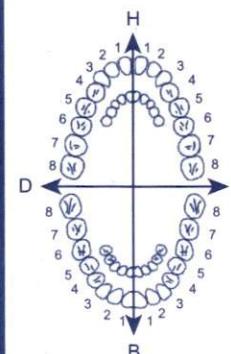
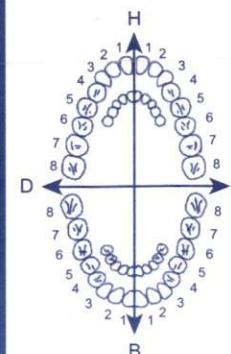
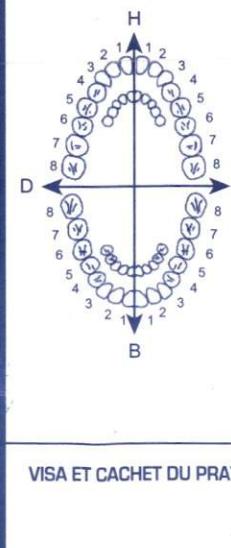
VOLET A

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة هجر عمرىن

Docteur Hajar AMRAINE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecin à la Polyclinique CNSS



خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة بمصحة الضمان الاجتماعي

درب غف
الطبط العام
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

LOT 210918
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

LOT 210580
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

LOT 210599
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



LOT : 220041
EXP : 03/2025
PPV : 57,80DH

Dr. AMRAINE Hajar
Médecine Générale
Raid El Bernoussi 1, GH5
Lot. 4, Appt 3, Casablanca
Tél: 05 22 76 89 16

رياض البرتوصي 1 عمارة 4 رقم 3 الطابق السفلي أناسي سيدى مومن الدار البيضاء - الهاتف/الفاكس : 0522 76 89 16

Ryad Bernoussi 1 GH5, Immeuble 4, Appt.3, RC, Anassi, Sidi Moumen, Casablanca, Tél/Fax : 0522 76 89 16