

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.

A. BOURAKBI

Adresses Mails utiles

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.

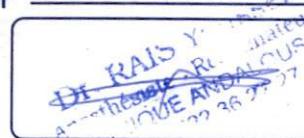
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3343	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FARZOUZ Nohemis	
Date de naissance :		06-06-1955	
Adresse :		B2 1er Cermache Besid les jardins d'honneur	
Tél. :	06 64 7767 60	Total des frais engagés :	2023,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2022

Nom et prénom du malade : FARZOUT Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DR HRA

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 : 05/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

b wq

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
29/06/22		Cent 67		DI RAI'S YOUNG Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE D'ALOUA Tunis 1527

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CLINIQUE ANDALOUS	29/06/2022	20.83,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

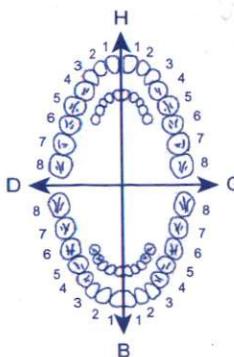
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

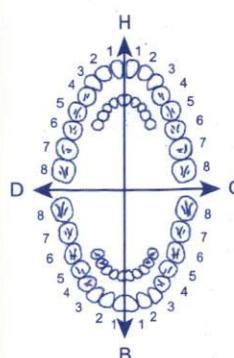
Le praticien est titré à l'acte de l'ODF.

Important : Veuillez joindre les radiographies.

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
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



Lot: F138G
DLC: 05/2024
P.P.C : 183,00 DH



Rhumix
Boîte de 10 sachets
P.P.V. : 12,00 DH
Serial number 6 118000 191032

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

مصحة متوامة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلبيون

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon



29.06.2011

FARHOUT Mohamed

22.0-

16 RHUMIX Sach 1/8

1 - 1 - 1
183.0-

17 FLEX TONIC

1 - 0 - 0

18 GOG. 02 X 2

19 X ARELTO 11/6 G

+ Sans

PHARMACEUTIQUE ANDALOUSS
Casablanca - Tel. 05 22 39 79 41
Driss SLAOUI - 19, Av. Abdellah Benkhalifa
CE 001875041000036

DR RAIS YOUSSEF
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE ANDALOUSS
Tél. 0522 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ادريس السلاوي (جارة سايفا) - أنفا - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tel: 05 22 36 27 27 - الهاتف: (L.G)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793