

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-678287

183763

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
12559

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société : **ATTIAOU TMANÉ**

Nom & Prénom :

101111987

Date de naissance :

Adresse :

Boulevard

Golf City Tm m 102 Apt 5

CASA

Tél. :

0661354378

Total des frais engagés :

358,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AMRANE EL MOSTAFA
OmniPraticien
1, Rue Abderrahmane Serghini
Tél. 05 22 20 45 45 Mohammedia

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Le : **26.10.21**

Signature de l'adhérent(e) :

Abdellah

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
15 JUL 2015			1500 1. Pneu. 23-30 30 28 65 - Moza 1500 Aderrahmane Serghini	2015 07 2015 1500 EL MOSTAFA 1500 Aderrahmane Serghini

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS OCEAN BAY SIDI LAU Ajem - Casablanca T 05 22 29 00 00	15/07/22	268,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



โทรศัพท์ : 05.23.32.28.65
fax : 06.61.15.21.86

MOHAMMEDIA 15 JUIL 2022 المحمدية

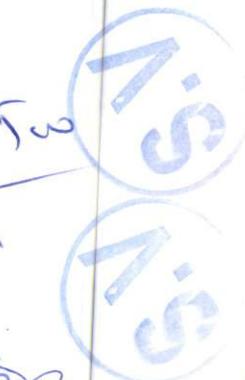
Attolini Imane

29.20 x 2
- Zith x 5 = 50

18 x 6 =

34.20 Rectal sup 100g
- 100g x 2 =

14.00 Dely 19
- 19 x 10 =
208.10



Dr. EL AMRANI EL MOSTAPHA
OmniPraticien
1, Rue Abderrahmane Serghini
Tél. 05 23 32 28 65 - Mohammedia

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 03/2023

P.P.V.

79 70

LOT N° : 1304H02

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 03/2023

P.P.V.

79 70

LOT N° : 1304H02

PPU 34DH70

EXP 01/2025
LOT 1N043 1

PPV:14DH00

PER:06/25

LOT:L1817