

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-717348

127599

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5009	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RETRAITÉ
Nom & Prénom : REGRAGUI RACHID			
Date de naissance : 29.06.1961			
Adresse : IM 28 APP 5 WAFA 3 OULFA CASABLANCA			
Tél. : 0600110246		Total des frais engagés : 401,90 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cadre du médecin : Dr. Naoufal MAMOU Centre International d'Oncologie Casablanca Oncologue-Radiothérapeute Casablanca Rue des Aïouettes - Casablanca Tél. : 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 18/08/2022			
Nom et prénom du malade : REGRAGUI RACHID			
Lien de parenté : Lui-même			
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Naoufal RACHID			
Nature de la maladie : Neoplasie Poumon			
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 : **03.10.2022**

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
18/06/22	S		300	INP : 091160007 Dr. Naoufal M. M. M. Centre International d'Oncologie Casablanca Oncologue-Radiothérapeute Route de l'Oasis Rue des Nouvelles - Casablanca Tél. 05 22 47 91 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BELKAID Boulevard Al Horaibat Ville Quartier Boucraa Ville Marrakech 00 00 00 00 00	18.06.22	101.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>
				<input type="text"/>
				<input type="

Casabla

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

05 REGRAGUI

45,30

11

Ventoline Spray

56,60

1 bauflée

101,90

21

Stilnox



19 le

~~Pharmacie BELKAÏD
Quartier Hassan II Casablanca
Tél 05 22 77 82 28~~

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



PER: 09 2025
LOT: 21E006

STILNOX 10mg
CP PEL SEC B20
P.P.V. 56H60



Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Stilnox 10mg

20 جلسة كل 12 جلسة

جبل طارق 22

جبل طارق 22