

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.

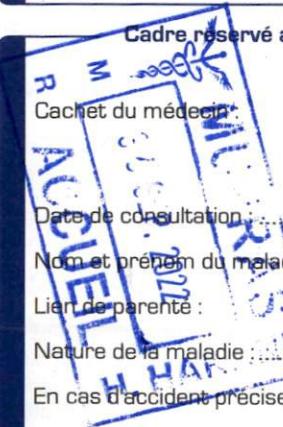
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>11360</u>	Société : <u>RAT</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>RACHAD ESSAID</u>		
Date de naissance :		
Adresse : <u>Habitat</u>		
Tél. : <u>0661815563</u>	Total des frais engagés :	<u>489,00</u> Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
	Dr. MABROUK SANAA MEDECINE GENERALE Biographie : Tél : 05 22 74 15 89 - CASABLANCA
Date de consultation : <u>29/09/2022</u>	Nom et prénom du malade : <u>FAOUZI</u> <u>ESSAADIA</u> Age :
Lien de parenté : <u>FR</u>	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>HTA</u>	
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 Plan Cen Prys Le : 30/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : Prys

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
29/08/2011			150.00	Dr. MARRAKI SAMA MÉDECIN ENERGIE EQUILIBRE Tél : 06 22 74 16 89 - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOC N° 2 AIGREFEUILLER CANTON DE BERNE	29.10.2022	335,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

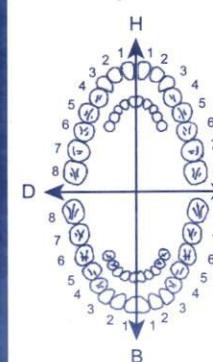
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MABROUK Sanaa

MEDECINE GÉNÉRALE

- Diplôme Universitaire d'Échographie Générale de la faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme Universitaire de Gynécologie Infertilité et Suivi de Grossesse (Bordeaux - France)
- Cupping Thérapie



الدكتورة مبروك سناة

الطب العام

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى من كلية الطب بالرباط
- دبلوم جامعي في أمراض النساء العقم عند الزوجين ومراقبة الحمل (بوردو - فرنسا)
- الحجامة الطبية

Casablanca, le 23/03/22 الدار البيضاء في

339,20

F A O U 2 E

ESCAAOIA

30,70

03 11

PHARMACIE BLOC
GYNÉCOFRANCE
Rue 2 N° 116 Bloc
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

londé \$ V fice 75

Iprive 1j 0,5 ml

03 ml

50,70

03 21

londé \$ V fice 2,5 mg

Iprive 1j le mat.

03 ml

98,6

opin le repas \$ V Extra

le mat.

Iprive 1j

le mat.

Dr. MABROUK SANA
MEDECINE GÉNÉRALE
Tél.: 05 22 74 15 89 - CASABLANCA

شارع عثمان بن عفان، حي القدس البرنوسي - الهاتف : 05 22 74 15 89 - الدار البيضاء

29, Av. Othmane Benou Affane, Hay El Qods Bernoussi - Tél.: 05 22 74 15 89 - CASABLANCA

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



7862160246