

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.

132497

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6412

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMINI ABDELB.

Date de naissance :

3 8 1963

Adresse :

Habib Kuelle

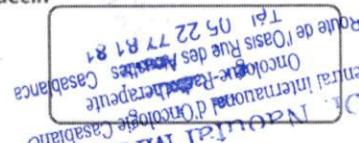
Tél. :

9085

Total des frais engagés : 80 + 523,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AMINI ABDELB.

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

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.

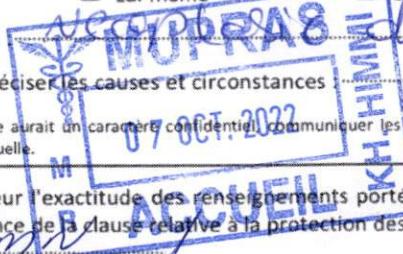
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 6/10/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAGIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUFIK Ariative Ac-charaf N° DM2 Haddautia Casablanca 0522 27 61 03	26 /09/2022	HARMAGIE ACH-CHARAF Bouchra TAOUFIK Ariative Ac-charaf N° DM2 Haddautia Casablanca 0522 27 61 03 523,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

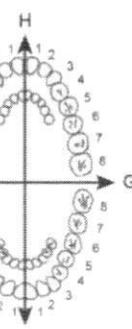
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411	B	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	35533411													
B	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



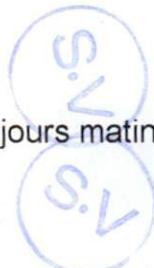
Casablanca, le.....

26/09/2022

Mr. AMINI ABDENBI

357,00

1/ CHEMOSET 8MG



1cp x 2/j pour 3 jours matin et soir 1/4 d'heure avant le repas

28,10

2/ VOGALENE SIROP

28,10

Une cuillere a soupe trois fois par jour un quart d heure avant le repas pour 5 jours

15,70

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUFIK
Coopérative Ach-Charaf N° D...
Hay Inara Haddaouia Casablanca

4,00

8cp de cophred 20 mg dans ces 250 CC
BDB 4 à 6 X par jour

30,50

4/ IMODIUM 2MG



4 mg lors de la première prise, puis 2 mg toute Ce traitement doit être poursuivi pendant 12 heures après la dernière selle liquide et sans modification de posologie.

En aucun cas, le lopéramide ne doit être administré, à cette posologie, plus de 48 heures consécutives, ni moins de 12 heures.

52,10

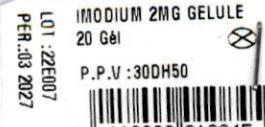
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél : 05 22 81 81 81 - 05 22 96 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

LOT:0107003
EXP:11/24
PPV:357DH00



PPV:40DH00
PER:07/25
LOT:L2307



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V.:30DH50



b 118000 010845



SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V.:52DH40





Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

26/09/2022

Mr. AMINI ABDENBI

1 à 3 sachets/jour en fonction de la consistance des selles

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N° DM2
Hay Inara Hadiaouia Casablanca
Tél: 05 22 21 64 09

523,70

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ac-charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddaouia - CSA
Tél: 05 22 21 64 09

L.D.
Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie
Route de l'Oasis Rue des Alouettes
Tal
05 22 77 82 28
Casablanca