

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-773543

W21-773543



<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<i>Cadre réservé à l'adhérent(e)</i>			
Matricule : <i>1858</i>			
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné <input type="checkbox"/> Autre : <i>LATHOU Aïcha</i>	
Nom & Prénom : <i>LATHOU Aïcha</i>			
Date de naissance : <i>18/11/1984</i>			
Adresse : <i>184 Bd Mohamed CASABLANCA</i>			
Tél. : <i>0666666666</i> Total des frais engagés : <i>1000000000 Dhs</i>			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha 05 22 36 58 91 Casablanca			
INPE : 091122440 Date de consultation : <i>27 DEC. 2012</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Dr. LATHOU Aïcha</i> Age : <i>38 ans</i>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Cystite - coliques</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Maladie</i>			
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____			
Signature de l'adhérent(e) : _____			



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
21 DEC 2022	162 01	200,00		INP : 0911122440 Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Casablanca

PHARMACIE OULMES CASA
GARIAU

Signature du Pharmacien ou du Représentant

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
27/12/22	239,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

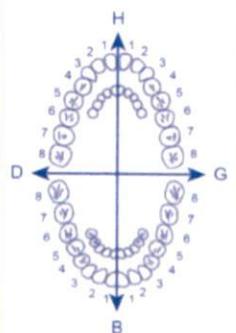
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

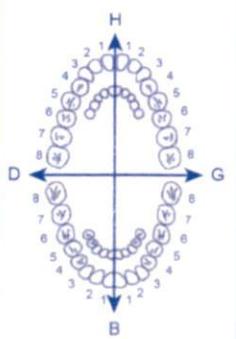
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale
Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام
الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)
الطابق الأول - بوسيجور
دار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : الدار البيضاء ، في : 27 DEC 2022

Mrme CAHLOU. Aïcha

74,80



96,00

97,80

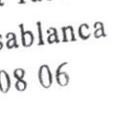
21,00

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Mégaflo x 500 mg (6113)

74p 281, x 05j après repas
Belmax 20 mg (0113) (de 28)



1 gel 1,1 entre repas

Dazen (6113) après repas

24p 281,

libradon Alinair (0113)

14p 1/6

74,80

Dr. SADIK Fouzia
Medecin
104, Rue Mimouza Hay Ekrar
Tél: 05 22 36 58 91

500435e

28

Gélires

20 mg

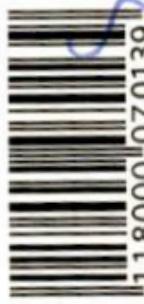
1

BELMAZOL®

Oméprazole

BELMAZOL® 20 mg O

28 gélules



6 118000070139

Voie Orale

DWAR

درازين 10.000 وحدة
بدرابيتاز

فاصا ملبيسا

معدي - مقاوم،

عن طريق الفم



مخابرات سنتيميل
22 - زققة زهر بن العوام
المنصور السادس - الدار البيضاء

PPV :

EXP :

Lot N° :

٤٣٦٨٠

6 118000 280019

LOT:22154 PER:11/2025
PPV:21,00 DH

ne Ge..

Fabriqué sous licence *Meda*
par les laboratoires *Steripharma*
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Librax®

Chlordiazépoxide
+Bromure de Clidinium

5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés