

RECEPTE MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVE S 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-669923

243903

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09736 Société : RAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELHAROUCHI SOUAD

Date de naissance : 13-10-69

Adresse :

Tél. : 0662284942 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUSSALEM. I
Médecin Chef
AL AZHARI



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ELHAROUCHI SOUAD

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Infection Tumorale

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.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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

RELEVÉ 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
24/11/22	.	C	constit	INP : 0711015313
				Dr. OUSSALEM. Médecin Chef

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/22	251,90

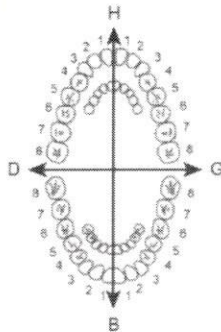
[illegible][illegible]

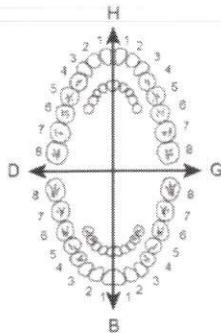
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, 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"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. ELHAJAJI

80



OUSSALEM. K
Médecin Chef
CIS ALAZHARI

Le 24/11/2022

470,00

1/ Ofite 200mg
rcp x 2 / 1 d 8



22,00
2/ Rhum A



PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
IF : 40436642

10,30
3/ Doliprane 1000
rcp x 3 /



PPV: 10DH30
PER: 03/25
LOT: L1258

49,60
4/ D - cure prob -



251,90
1 rcp / tous les 15 jours

Dr. OUSSALEM K
Médecin Chef
CIS ALAZHARI



Ofiken®

Céfixime

200 mg



16 Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 220386

EXP 02 24

PPV 170.00 DH



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

أقراص مغلفة
16

ملغ 200
أوفيكسين
سيفيكسيم



سو طيما
sothema

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



كيتا كيتيرول 100 000 وحدة بولية
D3 فيتامين

قوي كيتي

3 أمولات للشرب

Fabriqué par : **\$MB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



○
Remboursable



Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.
Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.
En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®



Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032