

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

Déclaration de Maladie : N° S19- 0004288

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11440** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENJoulay Hassan** Date de naissance :

Adresse : **lot Zouhir 333 - I oulfa casa**

Tél. : **06 65 79 61 62** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/02/2023**

Nom et prénom du malade : **EZZAROUALI MALIKA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **hémisymétrie + brûlure à droite**

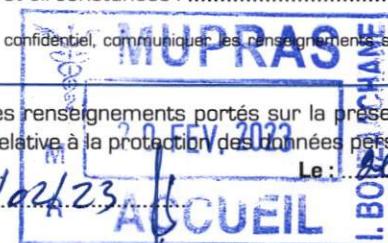
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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** Le : **20/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **20/02/23**



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
18/02/2023	FS		200,00	ESSAQUA Dr. Salam 15/02/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NPE: 09200135 Pharmacie Bab Al Abar Dr. Hanane NAJOUA 05 22 91 48 04	18/02/23	83000

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.

Dr. Asmaâ FAÏK ESSAOUDI

Omnipraticienne

Diplômée en échographie
Diplômée en Gynécologie
Suivi de grossesse et Infertilité
de l'université de Bordeaux



الدكتورة أسماء فائق السعودية

شهادة طب النساء متتابعة الحمل
شهادة جامعية في الفحص بالصدى
طبيبة (رجال - نساء - أطفال)
صعوبات الإنجاب و العقم
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le

18/02/2023

PPV
LO
PER
35100
NO - DOL FEN 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 23DH50
PER : 08/2002
LOT : 226002
422A
6 118000 061885

~~eflouxin 500~~

~~Si prozone 20mg~~

~~Tondex 60g~~

~~Nazan 5g nasal~~

~~Modol Fen~~

LOT: GA20218
PER : 02/2024
PPV: 75 DH 00

Cipla
Etiquette

2 - 0 - 0 x 00f

1 Gs x 3 gpm

2pulv / nacu
le bin x 1ml

INPE · 002007050
Lot Alysus GM 1 B MM 07 ROC
farah salam
05 22 89 41 42

Pharmacie Al Azhar
gane NAOUMI
022 91 48 04

AS ESSAOUDI ASIRAF
Dynamaticienne
farah salam

05 22 89 41 42، عمارة اليسر 1B، شقة رقم 07 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفة-البيضاء-الهاتف :

Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42

Lot :

LOT : 220589

PPV :

EXP : 05/2027

Exp :

PPV : 95,00DH

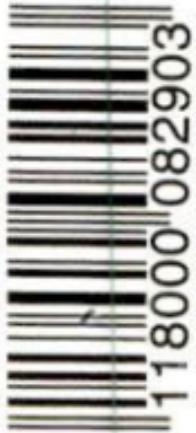
إفلاكسان®
لـنـفـوـلـوكـسـاسـيـن

500
جـمـ

عن طريق الفم

EFLOXIN®

Comprimés pelliculés sécables



6118000082903

أغراض ملبيـة فـاـبـلـة لـكـسـر

7 x 7

مـدـدـة صـبـاع زـوـال مـسـاء

COOPER

TOUDEX®

Mauve - Cassis

LOT 107044/FC17
08/2025 PPC 67.90

Sans alcool
Sans sucre



SIROP

Flacon 125 ml