

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8605

Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUARDI IDRISSI AZEDDINE

Date de naissance : 13/08/1957

Adresse : Résidence ENASAB A2 Bloc 16 Fm C

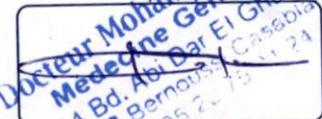
N° 5 Ain Sebaa

Tél. : 06 11 17 11 11

Total des frais engagés 1682,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2023

Nom et prénom du malade : QUARDI Idrissi AZEDDINE Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dépression

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 16/02/2023

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
16.09.2023		1	150,00	Dr. Mohamed Général Médecin 14 Bd. Abi Ouf El Ghazala IN Bernoulli : 05 22 75 31 24 C3 54 32 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARAB CHA Gré Chabat Immobilier 22 Soher Benyamin 4 Mois N° 3713 Tel : 05 22 55 15 30	16/02/23	1532,80

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Docteur NAWRI Mohamed
Medecine Générale
Echographie

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casablanca



الدكتور ناوري مهدي
الطب العام
الفحص بالصدى
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le

16.02.2023.

Nom :

M. OUARDI Idnissi Azeddine

38,70 x 4

2 mois

. Dorsazifl 26 mg
1's

2

98,30 x 9 1 1

. Althymil 30 mg
1's

1 2 mois

85,70 x 9

1 1

PHARMACIE CHABAB CAST
Tel. Casablanca 0522 75 99 14
0522 75 99 14

. Alpraz 0,1 mg .

2 cp -

140,- 1 cp 1 cp

2 mois

. Cedex 20 1b56. 1 gelule 1 j

32,- EUCARBON

Docteur Mohamed NAWRI
Medecine Générale
Bd. Abi Dar El Chai 3724
Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

شارع أبي در الغفاري، زنقة 144 أمل III - البرتوري 5 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 31 24
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

1532180

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70
3400930573020

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70
3400930573020

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70
3400930573020

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70
3400930573020

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223838 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223838 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

PPV

LOT: 211540
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

