

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3148 Société : AS 8394
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BOUSSIMA ABDELLAH
Date de naissance : 01.10.54
Adresse : 4 Rue TURGOT Rabat
Tél. : 0664 853397 Total des frais engagés : 1660,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOUSSIMA ABDELLAH Age :

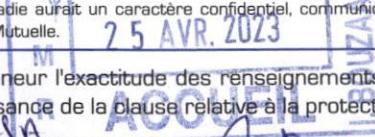
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HTA - Hypertension

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 : CAIR ACCUEIL Le : 15/04/23

Signature de l'adhérent(e) : N

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/04/23 | 1 | 1 | 50000 | DR. N. Bousfiha MEDECIN ATCOLO CASABLANCA 3 |
| | | | | |

| PHARMACIE LAHLOU AIBI | | EXECUTION DES ORDONNANCES | |
|--|-------------------|---|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Numéro de l'Ordre | Destinataire | Montant de la Facture |
| PHARMACIE LAHLOU AIBI 75, Place Oued El-Makhazine 3. Rés. Place de Verdun -22.27.38.49 - Casablanca | 15041213 | LAHLOU AIBI Date 75, Place Oued El-Makhazine Casablanca (ex. Place de Verdun) 02.32.41.138.49 - Casablanca | 7669.02 |

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.

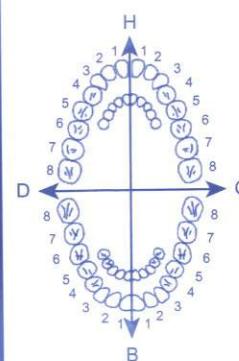
Important :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

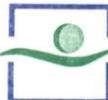
| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DANFA
ZAHLOU NABIL KHALID
75, Place Oued El-Makhazine
3 Rois (ex Place de Verdun)
Casablanca 22.27.38.49 - Casablanca

Casablanca le : 15/04/23

ORDONNANCE

Docteur :

Dr. BOUNAIN ABDELLAH

- Taneg 160. 1 - 0 - 0 | 4 mois : 1830 x 4
721.20 SV
- gabapentine 100. 1 - 0 - 0 | 4 mois : 2440 x 4
514.80 SV
- Cardebien 600. 1 - 0 - 0 | 4 mois : 12870 x 4
29840 SV
- IUN-Alpha 0.25 1 - 0 - 0 | 4 mois : 7460 x 4
2800 SV
- Dolipnone 45 1 - 1 - 1 | 4 mois : 1400 x 2
1660.00

Dr. M. BOUAFIA
MÉDECIN ADDICTOLOGUE

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Lot: C78719
01 2024
EXP: 74 DH 60
PPV: 070526

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Lot: C81179
02 2024
EXP: 74 DH 60
PPV: 070526

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1536

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1536



CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30



CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

