

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 (p)

Matricule : 12938 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHIKI Amara

AC1446

Date de naissance :

23/02/1988

Adresse :

Quartier Almag, Anbar II, I 4 N°93 Casablanca

Tél. :

0661345717 Total des frais engagés : 775,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/2023

Nom et prénom du malade : CHIKI GHALI Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

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.

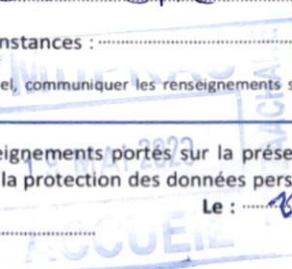
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : casablanca

Le : 24/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Chikri



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
29/03/23	CS		42500 DT	INP : 0511786810 Dr. S. OURL et Clinique de la Famille Bd. Abou Bakr El Kadir Res. 1 7, Appt. 3 Siwi Maârouf - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SUN SQUARE ALM Dr. Amrani Walid Docteur en Pharmacie 218, Sun-Square Alm Al-Made Sud-Ouest - Paris 2600216 - France Tél : 01 47 35 60 00	29/3/2023	525,80

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

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 canalaire, 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"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
G	00000000	11433553																	
B	35533411																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	



Ordonnance

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL
Dr. Mraoui Walid
Docteur en Pharmacie
Mag N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade Sud-Ouest - Casablanca - T: 22966029
IF: 52600216 - Parcels: 4296531
ICE: 00310736000072 - CNAS: 4296531

Le : 29/3/23

Enfant

1) Risorine 3x119,1 = 357,30 mg po n°50
 2) dolesus 2x24,15 = 48,30 mg po n°10
 3) Cot. picb 10,1 mg po n°9

S.V

لـ ghah

do chup FN po 115
 chup FN po 3 n°10
 com 1 po le 801 11
 1 n°10
 scpl 1 matin 115

S.V

S.V

4) A pied stop
78,50 soc - 21 S.V P.LT da js

525,80

Centre Chirurgie Cervico-Faciale
El Jadida Beldi El Kadien Résidence
Bld. 7, Agt 3 Sidi Maârouf - Cr.

PPV: 40DH00
PER: 09/25
LOT: L3105

Cotipred® 20 mg
prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

b

BOTTU SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOREUS*

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml

6 118000 041696

PPV: 24DH50
PER: 10/24
LOT: L3517

LOREUS*

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml

6 118000 041696

PPV: 24DH50
PER: 10/24
LOT: L3517

HARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL

Dr. Bintani Walid
Docteur en Pharmacie
Mag N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade Sud-Ouest - Casablanca
IF : 52600216 - Patente : 32966029
ICE : 003107360000012 - CISS : 4298331

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

F. 74
05.05.2015

6 118000 040674

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

F. 74
05.05.2015

6 118000 040674

BOTTU SA
82, allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

F. 74
05.05.2015

6 118000 040674

BOTTU SA
82, allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable