

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

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

M22- 0022427

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : 169900

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENYASS ABDELHAFIA

Date de naissance :

03 03 52

Adresse :

LOT 125 TRANCHE D LMAINA TAJAIA
SLN DT MAME CASABLANCA

Tél. : 066 21 89 35 Total des frais engagés : 450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelloumen - CASA

Date de consultation :

18/05/2023

Nom et prénom du malade : Benyass Abdelhafid Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ankylose genou gauche

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : 18/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
18/05/2023	9	9		 Dr. M. CHAOUKI ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE Hôpital Abdelmoumen - CASABLANCA Tél: 0661 19 99 5

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/23	480,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE

Dr:
Dr. M. CHAOUKI
 ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
 131, Bd Abdelmoumen - CASA
 Tél: 0522 26 68 46 - Gsm: 0661 19 99 59

Date: 06/2023

Nom et Prénom du patient :

BENYASS
 Abdelhafid

Age:

S.V

14.00 x 4

Andol 36

12

169.00

Volico x 90 cap

12

62.80

cedex 20 cap

S.V

61.00 x 4

seron 250cc

Dr. M. CHAOUKI
 ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
 131, Bd Abdelmoumen - CASA
 Tél: 0522 26 68 46 - Gsm: 0661 19 99 59

Signature:



سيبروفا

SEPCEN® 250 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

سيبروفا



سيبروفا

SEPCEN® 250 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

سيبروفا



سيبروفا

SEPCEN® 250 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

سيبروفا



سيبروفا

SEPCEN® 250 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

سيبروفا

51,40

51,40

51,40

51,40



EXP:
LOT N°:

14,50

صوديوم، أسيازينام، سورف

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



EXP:
LOT N°:

14,50

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



LOT N°:



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8x 1000 mg

Douleurs - Etats fibrillés / Pain - Fever

Acide Acétyl-Paracétamol 1000 mg

14,50

EXP:
LOT N°:

مبيع فرقا ل. كل. معرف : صوديوم، أسيازينام، سورفاغ ذات تأثير ملحوظ

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



DOLICOX 90 mg
Etoricoxib

14 Comprimés pelliculés



PPV: 169DH00
PER: 01/26
LOT: M092

LOT 211481
EXP 04/2024
PPV 52.80DH



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8x 1000 mg

Douleurs - Etats fibrillés / Pain - Fever

Acide Acétyl-Paracétamol 1000 mg

14,50



ORDONNANCE

Dr:

Dr. M. CHOUUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - Sig: 0661 19 99 59

Date :

Nom et Prénom du patient :

BEN YASS

Ahmed hafet

Age :



132,10 X 3

Provence 0,4

Imperator 0,4 X 1/1
Avicat 8 giorni

- planza 2 m
Sop 1/1

35,70 - Kardop 3
Naschet 1

160,00

DR. M. CHOUUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - Sig: 0661 19 99 59



PHARMACIE LILAS
PHARMACIE AL JADIDA
PHARMACIE AL FATEH
PHARMACIE LA HALOU
Pharmacie Noujala - Casa
Pharmacie Oulai - Casa
Dr. 375 France D

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sébaâ 20250 Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2
P.P.V. : 138DH10

6 118001 080472

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sébaâ 20250 Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2
P.P.V. : 138DH10

6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000uantixa Inj b2
P.P.V. : 138,10 DH

6 118001 080472

01/10/2024
PER.:23E001
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V.:35DH70

6 118001 081189