

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.

M23- ~009844

165400

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S103 Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SENOUSSI MAMOUN

Date de naissance : 18.10.1944

Adresse : 6, Rue Kergamarel Ain Diab - Casablanca 22

Téléphone : 0661282490

Total des frais engagés : 300,000 Dhs 1506,30-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ACHOUR AHC
Spécialisé en Endocrinologie - Diabétologie
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél. 05 22 26 53 41 / 92

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SENOUSSI MAMOUN Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + artrose

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 : Corse Le : 15/11/2015

Signature de l'adhérent(e) : R. A. M.



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 MAI 2003	CR	+	300 DH	AS-TOU Validé en Endossement Rue Boukara 2653 Casablanca 0527265341

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">HARMACIE HAB L'EST S.A.R.L.</p> <p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);">Abirriman Amelie Docteur en pharmacie Talies - hay salam - Casablanca 05.22.94.15.14</p>	18.10.5.1823	1506,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ACHOUR Ahd
Spécialiste en
ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE
 Obésité - Goitre - Hormones
 Ménopause - Cholestérol

INPE : 091002329

المكتورة عاشور عهد

الاختصاصية في أمراض الغدد والسكري
 السمنة - الهرمونات - الغدة الدرقية

27, Rue de l'Atlas - Casablanca
 Tel: 05.22.53.41 / 05.22.53.41 - Fax: 05.22.53.41

Casablanca, le 18 MAI 2023 الدار البيضاء، في

M. Sennoussi Momoun

132,40 x 6

1) Go Varter (S) 160/170 x 6mg

89,20 x 2 Segmot (S) + (4x49,50) + 25,60

2) Am lox (S) (ou Segmot) x 6mg

28,80 x 5

3) Nitrofuro (S) x 4day

x 4day

56,60 x 116mg

4) Stilnox (S) x 20day

Seg 20day

53,10

5) felosol (S) x 8day

Dr. ACHOUR
 Spécialiste en Endocrinologie Diabète
 175, Rue Boukraa - Casablanca
 05.22.53.41 / 05.22.53.41

STILNOX 10MG
 CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60



STILNOX 10MG
 CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60



Tz 1506,30

إقامة حسام الجاسم - 175، زنقة بوكراع - بجانب مستشفى مولاي يوسف (سيدي الصوفى سابقاً) - الدار البيضاء

Résidence Houssam Jassim - 175, Rue Bouakâ - à côté de l'Hôpital My Youssef (ex. Sidi Soufi)

Tél.: 05.22.26.53.42 / 05.22.26.53.41 - الهاتف : E-mail : dr_achour80@hotmail.com

AMEP® 5mg
28 comprimés

~~LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH~~

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V:53DH10

PPV
LOT 28,80
PER

AMEP® 5mg
28 comprimés



MEP 5mg
28 comprimés

COOPE
PHAI

AMEP®

49,40

6

AMEP® 5mg
28 comprimés



5 118000 081524
1000TT 0

49,40

VITANEVRIL® FORT 100 mg

28, 80

10

Add

AMlor® 5 mg

Mlori®

~~UT.AV : 53 2 - 25 99.20 P.PV~~

UTAV : 2

LOT N°: GE2 56 89 20 P.P.V.

Co-Vortex® 160 mg/12 mL
28 mm

Co-Vartex® 160 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés

Sc. Montex®

LOT 223065 1
EXP 09 2024
PPV 132.40 DH