

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

- Reclamation : 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.

M22- 0051294

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6184

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELLOJADI RAHIMA

Date de naissance : 27/11/1957

Adresse : 27, Rue AL BAHA ASENJARI (MAARIF)

Tél. : 0661 16 56 17

Total des frais engagés : 394 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Belladjadi

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
13/07/2023			60	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr DAMOU MERIEM Oncologie Médicale 090061862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	13/02/23	394,00

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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a 3D grid graph structure. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the depth axis is labeled 'G' on the right. Nodes are represented by circles and are numbered 1 through 8. Node 1 is at the top center. Node 2 is directly below it. Node 3 is to the left of node 2. Node 4 is to the right of node 2. Node 5 is directly below node 3. Node 6 is to the left of node 5. Node 7 is to the right of node 5. Node 8 is directly below node 6. There are additional unlabeled nodes at the intersections of the grid.

(Création, remont, adjonction)

optionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

13/07/2023

PHARMACIE EL PARAAPHARMACIA
ROUTE D'EL JADIDA
240, BD Brahim Roudad
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 4

N° BELOUAIFI Rachid

AS

- Ouset 8mg cp 323,00

1 cp x 21 j , 15 mi entre repas x 03 j

AS

- Cotipred 20mg cp 48,50

3 cp en une prise le matin x 03 j

AS

- Omiz 20mg gel 22,50

1 gel le matin , 30 mi entre repas x 07 j

- Bicarbonate de soude en bain de bouche

4x6 x 1 j

394,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr DAMCU MERIEM
Institut Médical

Zouhour
Zouhour

EXP : 03/2025
36
N° de lot

10 Comprimés

NOVOPHARMA	LOT
UT.AV	P.P.V
323.00	

ONSET®⁸

ONDANSETRON 8 mg
HCL

15 min



بردنتزلين
(ميتا-فينزوات صوديك)

ملغ 20

قرصاً فواراً
قابل للكسر

effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisone (sous forme de
métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice.

PPV : 48DH50

PER : 11/24

LOT : K3010

bottu s.s.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

وحدات حبيبية مقاومة المصارة المعدنية

كبسولات
من كبسولة

7

LOT : 5831
PER : 12-25
PPV : 22DH50