

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 (e)

Matricule : 3148 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOU NAIM Abdellah

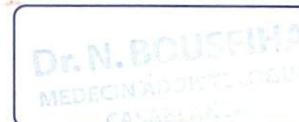
Date de naissance : 01/10/1954

Adresse : 4 Rue TURGOT Racine CNSA

Tél. : 0664 859997 Total des frais engagés : 1122 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/23

Nom et prénom du malade : BOU NAIM Abdellah Age : 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + thyroïde

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 : 08/08/23

Signature de l'adhérent(e) :



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
01/08/23	C	1	6000	Dr. N. BOUSSAHA MEDICIN DENTISTIQUE CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE DES HABOUS</i>		112250

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower				

LOT 107045/FC6
PER 09/2025
PPC 79,90

6 111255 810642



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي
مستشفى ابن رشد - الدار

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

01/08/23

Casablanca, le :

ORDONNANCE

Docteur : DR. N. BOUSFIHA
MEDECIN ADDICTOLOGUE
CASABLANCA

7- Bounej
Abdelilah

- TOUREX Sirup
79.90 1 cc = 30 ml



- TAREG 160 mg



4x TAREG 160 mg

- LEVOTHYROXINE 100 µg

0,25

PHARMACIE DES HABOUS
MESFIOUN MOUNA
63, Bd. Victor Hugo Casablanca
Tél.: 05 22 44 93 38

PHARMACIE DES HABOUS
MESFIOUN MOUNA
72 Bd. Victor Hugo Casablanca
Tél.: 05 22 44 93 38

3x 72,60 48 1 j



1122,10

6 1118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Dr. N. BOUSFIHA
MEDECIN ADDICTOLOGUE
CASABLANCA

6 1118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

1, Quartier des Hôpitaux

6 1118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

7862160342

