

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11069**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KASSRI NA BIL**

NABIL

A78338

Date de naissance : **12.10.11/1974**

Adresse : **10A RESIDENCE ABDALI RUE MARILLON N° 04
VAL REURI, CASA**

Tél. : **06.61.63. 22.78**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid SLAOUI
Rés. Benber Angle Avenue Stendhal
et Rue Cézanne Sand Maârif - Casablanca
Tel. 0522 : 3758

Date de consultation : **28/10/2023**

Nom et prénom du malade : **KASSRI NA BIL** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : **R. ACCUEIL**



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
28/08/23	Chir	200 DH		INP : 63181361815 Dr. Farid SLAOUI Rue Benbaroche Angle Avenue Stendhal et Rue Chorfa Sidi Maârif - Casablanca tél: 0522 98 93 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE VAL FLEURI Rue Meknassi Asmaâ BP 22 23 24 80 Casablanca	28/08/23	40,00

ANALYSES - RADIographies

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

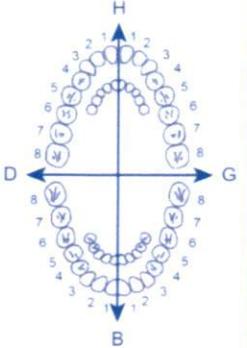
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

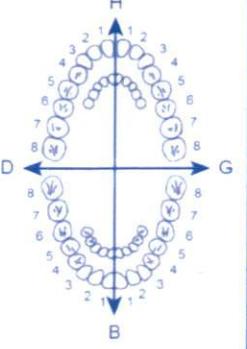


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Spécialiste en médecine du travail

Médecin Omnipraticien

Diplômé en Echographie (Université de Paris)

Diplômé en médecine aérospatiale (Université de Paris)

Expert Assermenté près les tribunaux

دبلوم في الموجات فوق الصوتية (جامعة باريس)

دبلوم في طب الطيران (جامعة باريس)

خبير محلف أمام القضاء

الدار البيضاء في Casablanca le : ٢١/٩/٢٠٢٣

28/08/2023

1) 40, 10
X/3 all 8 
18/j postet 10/jours

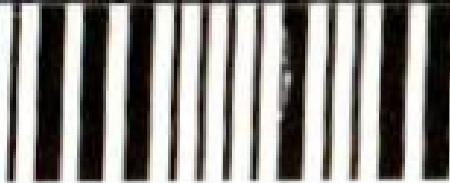
4 Optimal approaches

$$\sim \alpha_F \times 2/j$$

pendant

و جه

Dr. Farid SLAOUI
Rés. Benber Angle Avenue Stendhal
et Rue George Sand Maârif - Casablanca
Tél: 0522 98 93 56



14 comprimés pelliculés

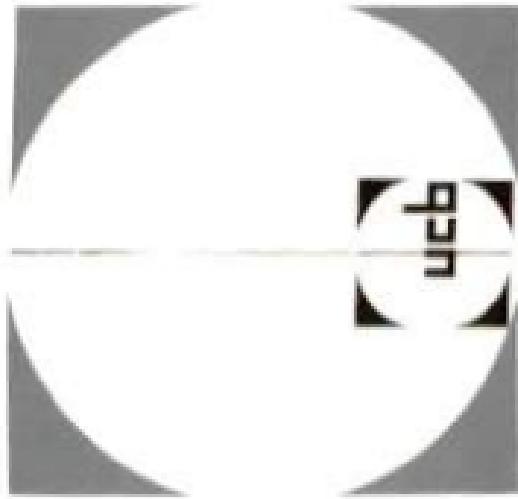
Diclohexylate de Lévoceftirizine

5 mg 

LOT 222389 1

EXP 07 2026

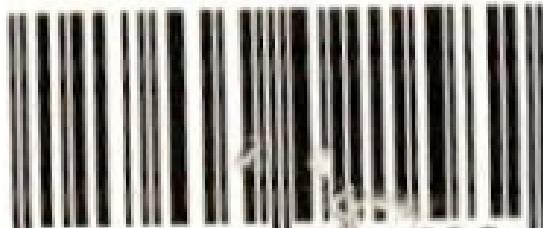
PPV 40 10



Xyzall 5 mg

Boîte de 14 comprimés pelliculés

AMM N° 21/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021582