

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-558373

ND: 35384

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 042 17 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAHAL LAHIA MUSTAPHA

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TISSIR 2

Tél. : 06 675 93 74 BERRECHID

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/2020

Nom et prénom du malade : KAHALLAHIA Mustapha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ADK du bas rectum

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 : / /

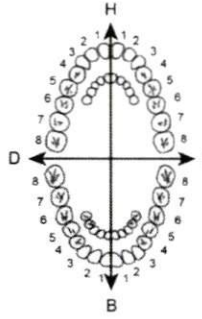
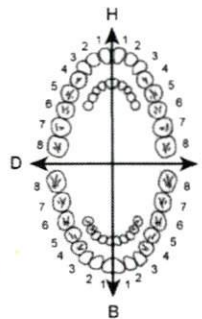
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
29/07/20	CD		250,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/07/20	30,50
	29/07/20	121,00
	29/07/20	538,30

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 29/07/2020

Mr. KAHALLAHIA MUSTAPHA

1/ THERMOMETRE DIGITAL

avant chaque prise de codoliprane systématique: si $T^{\circ} >$ ou = 37.5° affichée en axillaire aller à la clinique en urgence à tous moment

2/ BICARBONATE DE SOUDE : POUDRE

une grande cuillère dans un demi litre d'eau + 3 cp de cotipred
20 mg
bains de bouche 4 à 5 fois par jour pour 1 mois

3/ DAKTARIN GEL

1 application deux fois par jour

4/ ONSET-8MG OU CHEMOSET 8 MG

1cp deux fois par jour un quart d'heure avant le repas pour 5 jours

5/ MOTILIUM SIROP

1 cuillère trois fois par jour 1/4 d'heure avant le repas pour 5 jours

LOT : 19E001
P.E.N. : 06 2022

MOTILIUM 1MG/ML 
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 400DH80



Maphar
Km 10, Route Côtière 111.
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH



CHEMOSET®
Ondansétron

8 mg

LOT: 0907513 EXP: 11/22
PPV: 357DH00

Casablanca, le : **29/07/2020**

Mr. KAHALLAHIA MUSTAPHA

1/ TRAMAL 50 MG GELULE

1cp x 3/j

2/ NURAVIT 125 ML

une cuillère trois fois par jour

(25,00 x 4)

21,00



TOF 121,00

ONC
Centre
4, Route de l'Oasis
Tél : 05 22 77 81 81
INPE : 03 18 45 64

PHARMACIE GARE DE L'OAS
Dr. EDDOUEI Hicham
152 Rue de l'Oasis
(02) 99 67 8



Nuravit
Cyproheptadine
Vitamines

Sirop

125 ml

PPV: 25DH00

PER: 01/25

LOT: J328



PPV: 25DH00

PER: 01/25

LOT: J328



PPV: 25DH00

PER: 01/25

LOT: J328



PPV: 25DH00

PER: 11/24

LOT: I2705



Casablanca, le :

29/07/2020

Mr. KAHALLAHIA MUSTAPHA

6/ IMODIUM 2 MG 20 GES

إلى سوال

1cp apres chaque diarrhée, maximum 6/j

2cp x 3/j

30,50.



Dr. Kamal LAHBABI
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
INPE : 091184564

HARMACIE OASE DE L'OASIS
Dr. ELDOBLI Hicham
152 Bis, Route de l'Oasis
Casablanca - Tél : (02) 99 65 74

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

LOT : 195005
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 300H60



6 118000 010845



AKDITAL

Acteur de Santé