

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 | adhession@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 - 5ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-574752

45786

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12698		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AIT EL HAJ Mustapha			
Date de naissance : 09/04/1987			
Adresse : Lot EL KHOUZAMA H4 Immeuble 136 Apt 4 Lissasfa CASA 06616647559			
Tél. : 06616647559			Total des frais engagés : 470,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 02 OCT. 2020 <i>Nas</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Idriss ACHOURI Age : 30			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection digestive			
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.			

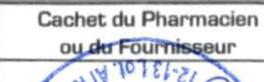
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **02/11/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/10/2015	CS	300dh		INP : 091213504 Dr. Imane 22/24/21/11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/2013	170,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for describing treatments)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>												
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 												
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> D <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-left: 10px;" type="text"/> G <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> B					25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
				25533412	21433552											
				00000000	00000000											
				00000000	00000000											
35533411	11433553															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																



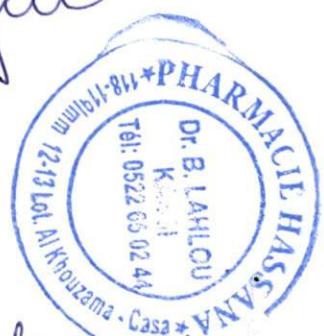
Casablanca, le :

14/10/2016

D^{me} Idrissi Azami Jihane

- 1) Prozol 20 mg 96,00
1 gel x 1/j le matin à jeun
p/s t. 1 mois
- 2) Carbosylane 74,00
1 prise x 2/j à jeun des repas
- 3) Regosfam 160 mg
1 cp au besoin

Dr. Imane COHEN
Hépato gastro-entérologue
0522 21 21 21
06 65211720



658 Boulevard Mohammed V angle place sidi Mohamed Résidence
Zin Al Mahaba (III) 1er étage appartement 103.
(En face de la gare Casa-Voyageurs) casablanca

05 22 24 93 07 06 65211720 cabinet.cohen.ge@gmail.com

PPV : 96DH00
PER : 11/22
LOT : J1605-2



MIS.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Pas de précautions particulières de conservation.

TITULAIRE : Laboratoires GRIMBERG SA

44 avenue Georges Pompidou 92300 Levallois-Perret - FRANCE

FABRICANT / EXPLOITANT : Laboratoires GRIMBERG SA

Z.A. des Boutries - Rue Vermont - 78704 Conflans Sainte Honorine Cedex - FRANCE

MÉDICAMENT AUTORISÉ N° 34009 327 244 3 7

MÉDICAMENT NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE.

3



Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74.00 DH



6118001070393

..... doses par jour pendant



Laboratoires
GRIMBERG