

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : 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.

N° W19-576653

51911

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 815 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAKDN ANOUAR

Date de naissance : 18/01/1936

Adresse : 86 Rue A. Mazzali 7 Meurir

Tél. : 05 22 23 35 17

Total des frais engagés : 1748,80 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2020

Nom et prénom du malade : Sidi Abdellah

Age : 80

Lien de parenté : Lui-même

Comptoir Enfant

Nature de la maladie : Hemopathie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du JIJ TAHRI JOUTEI P. 129 Bis Rue Oussama Casablanca - T.	24/11/90	DH 152 ONC/C/G/14143 - Fax : Tel : 022-24314148 + 80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
		INP : <input type="checkbox"/>																						
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																						
		Montants des soins <input type="text"/>																						
		Début d'exécution <input type="text"/>																						
		Fin d'exécution <input type="text"/>																						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552			00000000	00000000	D		00000000	00000000			35533411	11433553	B			
H		25533412	21433552																					
		00000000	00000000																					
D		00000000	00000000																					
		35533411	11433553																					
B																								
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																						
		Montants des soins <input type="text"/>																						
		Date du devis <input type="text"/>																						
		Date de l'exécution <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																								

20/11/20

بالمجموع



Dr Saïdi Abdelfatif

131.08

1's

26/10/25

Acfot

5mg

16x215

52.00

59.00 12

19.800 eedie 20mg

1's

gell le matin

17.600 (174.00)

Skipped 20mg

1's

58.00 x 3
16/12/15 Jour

38.00

Collin ft < 800

1's

16/12/15 Mercredi

144.50

Esac 20mg

1's

gell le matin

28.60

Ralieff

1's

16/12/15 Jour

270.00 x 3

870.00

Ciclovid 400mg

1's

16/12/15 Soir

110.20

Cact Dz

1's

16/12/15

63.10

Tytec 10mg

1's

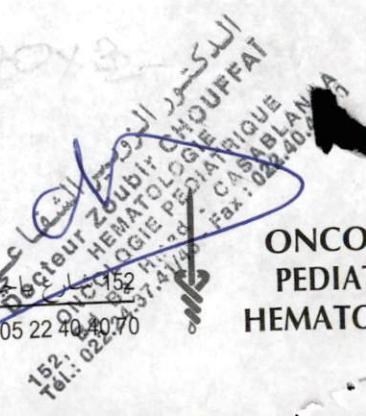
16/12/15

0522 40.40.70 - 0522 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43

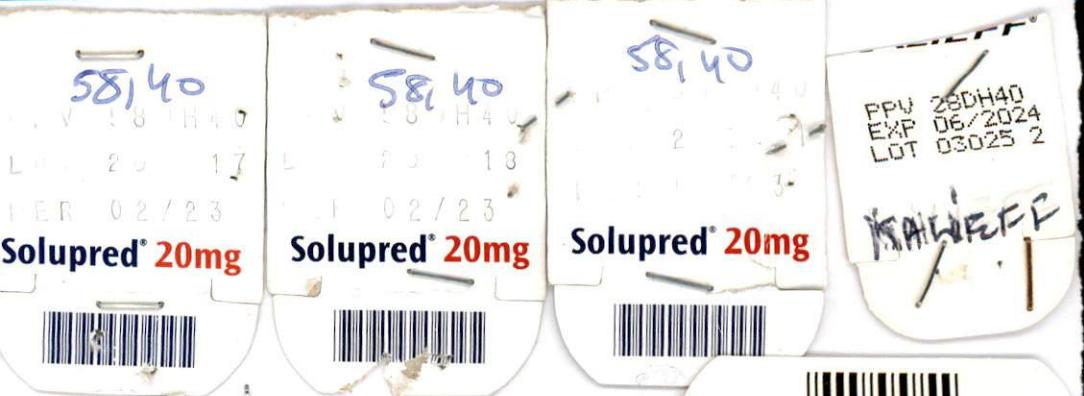
152, Boulevard Ben Hmed - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax. 0522 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 0522 39.69.39 / 06 61 33.74.37

Pharmacie du Jura
TAHRI JOUETI Rachid
129, Bis Rue Oussama Elhou Zaid
Casablanca - Tel. : 05 22 25 34 41



ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE



ACFC
Acide folique / Comp.
LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

LOT 191738
EXP 07/2022
PPV 99.00DH

DESES
LOT 191188
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

DESES
LOT 191336
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

LOT: 14220007
PER: 05/2024
PPV: 26,20 DH

LOT: 14220006
PER: 05/2024
PPV: 26,20 DH
ACFOR

63,20

6 118001 040070
Fabricant :
HERMES PHARMA GmBH.
ALLGÄU 36 - 9400 WÖLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 110 DH 10

400 mg
LOT 190070
EXP 11/22
PPV 270DH00

LOT 203825
EXP 02/23
PPV 270DH00

400 mg
LOT 203825
EXP 02/23
PPV 270DH00

CO-TRIM FORT
20 comprimés
PPV 38DH00
EXP 06/2024
LOT 04016 4

