

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.

M22- 0042448

146221

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02360 Société : DAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESKINE Karima

Date de naissance : 20/06/63

Adresse : Tunisie California Emmaude 14 APP 100 esa

Tél. : 0608374322 Total des frais engagés : 553,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/11/2019

Nom et prénom du malade : MARHA BOU HIBA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION O.R.L.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca

Casablanca le :



Spécialiste de la Thyroïde
أخصائي الغدة الدرقية

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20 غشت الدار البيضاء

الدار البيضاء في:

05 Novembre 2022

Mme MARHABOU HIBA

SEPCEN 500

1 comprimé 2 fois par jour * 5 jours

COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 5 jours
BUDÉNA NASALE

2 pulv le matin pendant 3 mois

XYZALL

1 comprimé le soir pendant 1 mois
FLOWAIR 10 MG

1 comprimé par jour pdt 1 mois

553,90

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35
BO Erfoud Hay El Mostakbal
SHRAA Al Azzeddi
PHARMACEUT
Chock Casa (022) 21 99 76

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35



عن طريق الأنف

س

جرعة 200

ك قبل الاستعمال

Lot No: 066R041A
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023
PPV: 149DH00



Diclofenac de Lanthanide

PPV: 80.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Xyzall® 5 mg

Boîte de 28 comprimés pelliculés
AMM N° 22/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021599

LOT 212677 1

EXP 10 2025

mule :

solue 20 mg (sous forme
tasulofbenzate sodique)

mts q.s.p.1 comprimé
scient séable

litionnement contient au total
cents milligrammes de
olone (sous forme de
benzoate sodique)

ple, mode d'emploi, indications,
indications, excipients à effet
: voir notice

PPV: 40DH00

PER: 07/25

LOT: L2306

bottu

Allée des Cassarines - Ain Sebaa - Casablanca
S.Bouchichi - Pharmacien Responsable

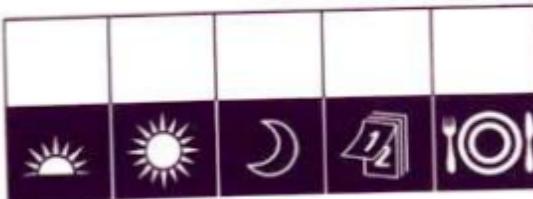
100165
05/14

Flowair®

Montélukast sodique

Voie Orale

PPV:210,00 DH



**10
mg**

30
Comprimés
pelliculés

Flowair® 10 mg

Montélukast sodique

IBERMA

سيبروفلوكساسين 500 mg

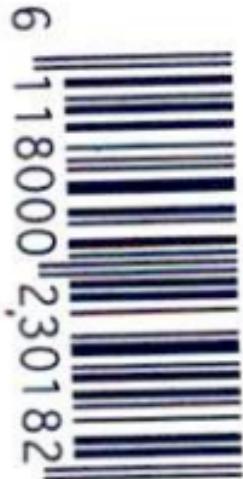
سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبوسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



EDT : 05322322
PER : 09/2025
IPV : 74.80 DH

74,80

بحـث احـراـم الـجـرـعـات الـموـصـوـفـة