

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA

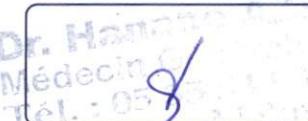
Date de naissance : 23-12-1957

Adresse : LOT EL WAFA. H N° 112 DEROUA

Tél. : 0663072895 Total des frais engagés : 390,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/23

Nom et prénom du malade : SEKKAK Fouzia Age : 1960

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastrite

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 : MERDES Le : 26/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE RIAD AL SAOU MEKNÈS SARL AU Dr. Abdellah SALLAOU 17, Bd. Al Maseir - Hay Riad Meknès Tel. 0535 548 137	26/07/23	214.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 Je traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				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														
	<table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) 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"/>											

Docteur HANANE AZMI

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Casablanca
Ex. Médecin interne à l'Hôpital Idrissi - Kénitra
Diplôme Universitaire Gynécologie Infertilité
de Suivre Grossesse - Universitaire de Bordeaux
Médecine générale - Échographie
Electrocardiogramme

Médecin autorisée à la visite médicale
pour l'obtention du permis de conduire

الدكتورة حنان عزمي

خرجية كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى الإدريسي القبطية
دبلوم جامعي في أمراض النساء
العمق مرافقة الحمل - جامعة بوردو
الطب العام - الفحص بالصدى
تخطيط القلب

طبيبة مرخص لها بالفحص الطبي
لليل رخصة السياقة

Méknès le : 26.01.23 مکانی فی:

SeKKck Fouzga

15

PPV: 14DH00

PER. 10/25

LOT: L3538

Vita C1000®

PPU 15DH30
EXP 05/2025
LOT 22034 27

$$57,60 \times 2 = 115,20$$

3) Solumedrol 125

96,00

4) Pragol 6

15,30

3) vit C

14,00

4) Doliprane 1g

240,50

Dr. Hanane AZMI
Médecin Gynéco-Obstétricienne
Tél. : 05 35 54 98 49
Meknès

ن، ويسلان، مکان (فوق صيدلية رياض الصحة)

N°56 Boulevard Al Massira, Cité Riad, Ouislane, Meknès (Au

Tél : 05 35 54 98 48

MISES EN GARDE
SPECIALES: Se reporter
à la notice.
Ne pas laisser à la
portée des enfants.
LIRE ATTENTIVEMENT
LA NOTICE AVANT
UTILISATION.

يُنصح هذا الدواء بعده عن مراجـ

ع وتناول الطعام.

يرجى قراءة الشارة تعـاية قبل استخدام

هذا الدواء.

حقوق محفوظ بالتجزئ ومحظوظ للحق

Solu-Médrol®

Poudre et solvant pour
solution injectable

120 mg/2 ml

méthylprednisolone
hémisuccinate



P.P.V. : 57,60

6 118001

6 118001

6 118001

6 118001

6 118001

6 118001

6 118001

6 118001

1 flacon de poudre +
1 ampoule de
solvant (2 ml)

hémisuccinate

1 flacon de poudre +
1 ampoule de
solvant (2 ml)

Pfizer