

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050849

☒ 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 : 390,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/23

Nom et prénom du malade : SEKKAK FOUZIA Age : 1960

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

Nature de la maladie : GASTRO-1/306-610

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 : MEKNES Le : 26/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

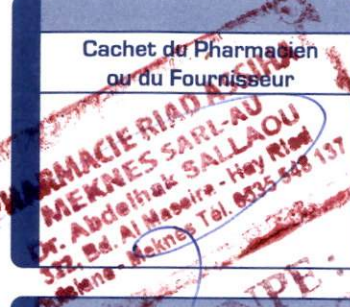
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
26.05	C		150	
23			04	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/23	240,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

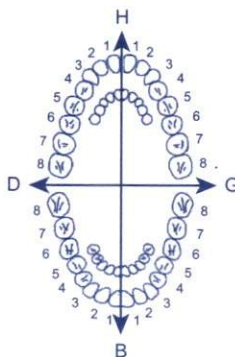
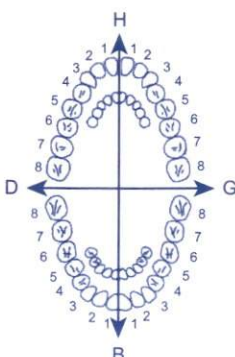
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur HANANE AZMI

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

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

الدكتورة حنان عزمي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى الإدريسي القنيطرة
دبلوم جامعي في أمراض النساء
العدم مراقبة الحمل - جامعة بوردو
الطب العام - الفحص بالصدى
نخطيط القلب

طبيبة مرخص لها بالفحص الطبي
لنيل رخصة السياقة

Meknès le : 26.01.23 مكان في :

Sekk-k Fouzia

BPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3538

Vita C1000®

PPU 15DH30
EXP 05/2025
LOT 22034 27

PHARMACIE RIAD ASSIA
Dr. Abdellhak SALLAOU
322, Bd. Al Massira - Hay Riad
Ouislane - Meknès Tel. 05 35 54 98 48

INPE:
202051251

Dr. Hanane AZMI
Médecin Généraliste
Tél.: 05 35 54 98 48
Meknès

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

يُحفظ هذا الدواء بعيداً عن مرمى
و تناول الأطفال
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام
هذا الدواء



P.P.V.: 57,60



P.P.V.: 57,60

Solu-Médrol®
Poudre et solvant pour
solution injectable

120 mg/2 ml

méthyprednisolone
hémisuccinate

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

hémisuccinate

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

Pfizer

Pfizer

ب. ويسلان، مكناس (فوق صيدلية رياض الصحة)

N°56 Boulevard Al Massira, Cité Riad, Ouislane, Meknès (Au
Tél.: 05 35 54 98 48