

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3270</u>	Société : <u>RAY-</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SKIRREDT LEILA</u>		
Date de naissance : <u>05/04/1958</u>		
Adresse : <u>RESIDENCE ANDALOUSSIA IMA 43 N° 1</u>		
Casablanca		
Tél. : <u>0660619331</u>	Total des frais engagés :	<u>358,50 Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>07/02/2023</u>	Age :	<u>55 ans</u>
Nom et prénom du malade :	<u>SKIRREDT Leila</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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) :



RELEVE 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
07/07/2023	Consultation		CHF	Dr A. ZAROUI Ophtalmologiste 13, Rue des Papilles - La Oaisis - Casablanca +212 25 71 11 563 - Fax : +212 25 11 15 PE : 091140871

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIVIERE Dr. ESSALHI Abdelaaziz Single Bd. Ghandher Rua Marviers - Marche Rihara BP 45 700-Casablanca	10/2/23	352,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

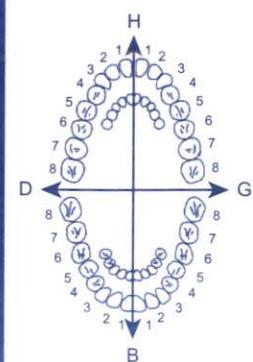
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca le : 07/02/23

CONCERNANT M^{me} Sidi redy Laiha

• TOBRADEX (collyre)

1 goutte 4 fois par jour

• INDOCOLLYRE (collyre)

1 goutte 4 fois par jour

• SPECTRUM (collyre)

1 goutte 4 fois par jour

• TOBRADEX (POMMADE)

1 App . le soir

• PHYLARM

1 RIN le matin et le soir

• SPECTRUM 250MG

1 CP .2 fois par jour

• COMPRESSES OPHT SERILES AUTO-

ADHESIF

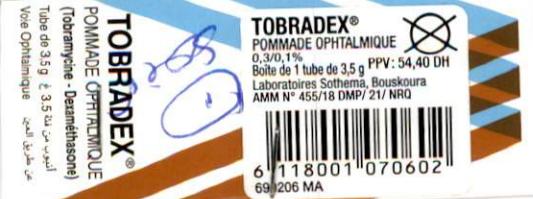
PHARMACIE RIVIERA
Dr. ESSALI Abdellaziz
Angie Bd. Marché Riviera
des Eperviers - Marché Riviera
Tél: 05 400 45 700-Casablanca

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél: 0522.25.71.15 - Fax: 0522.25.11.15
INPE : 09114087/

Traitement oeil

gauche

Urgence 24/24



سيبكتروم®

سيبرفلوكساسين

250 ملغ
عن طريق الفم

10 x

أقراص ملبدة



Tableau A (Liste I) / [الائحة 1]

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
لا يسمى إلا بوصفة طبية



Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يُستحسن جنب استعمال سبكتروم أثناء الحمل

LOT 220865
EXP 06/2025
PPV 51.40DH

Fabriqué par / من صنع /
COOPER
 PHARMA
 41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
 زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
 Pharmacien responsable :
 Amina DAOUDI

Spectrum® 250 mg

Ciprofloxacin 10 Comprimés

6 118000 081449



LCA S.A.

9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16



3 700288 600042

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS