

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.

M23-000156

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 342 Société : RAYAN AS 50061

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SEZBOUZI HEDMI

Date de naissance : 01/09/43

Adresse : 60 p. 32 HAKK

Tél. : 064 19 99 013 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2013

Nom et prénom du malade : SEZBOUZI HEDMI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALYATI TRATE

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : BOUCHE KHTALI NAWATI

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 : O.A.Y. Le : 01/04/13

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOUP 10, RUE GARNIER 75010 PARIS Tél. 53 10 00 10	28/03/23	595,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser l'identité de l'entité 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)
nel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

CASA

, Le: 18/03/2023

SALTHOUNI HAMED

95,-

- Broccacoff



80,-

Xystall 5 mg C



168,-

Augmentin sachet



153,-

Permixon 160mg gelate



99,-

Acetojetate



595,-

Yfylacetate



Ste PHARMACIE LOUBILA
Dr G. Benani Ep Alami
16 Rue 15 Quartier Loubila
Tel. 05 22 26 10 14 - Casablanca

PPC : 95.00 DH
LOT : CB02447
EXP : 12/2023

٢٠ [ج] مار

مکمل غذائی، بیس بیوه

بُرْدَه





luralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations
utiles pour votre sécurité. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations
à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement remis par un pharmacien.
Les deux numéros sont identiques,



poudre pour suspension
buvable en sachet

1g /125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

..... sachet(s) fois par
prendre de préférence au début de
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

رة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الإكل، خلال .. يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 649461
PER: 02/24



Permixon 160 mg

BOÎTE DE 30 GÉLULES

153,30

chlorhydrate de

laline, lactose

[hypromellose]

mg. comprimé

à forme de com

primé de sy

(rhume des foin),



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 X

20 mg
Voie orale

LOT 210919
EXP 12/2023
PPV 99.00 DH