

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.

M22- 0031119

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : 13117

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAGHIR MAROUANE

Date de naissance : 27/10/1993

Adresse :

Tél. : 06 61 68 64 82 Total des frais engagés : # 630,80 - #

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/08/2013

Nom et prénom du malade : SAGHIR MAROUANE



Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/08/23	230,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

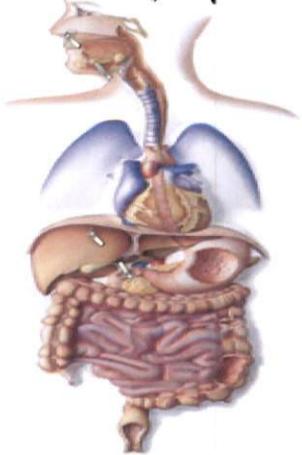
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif
Proctologie Médico-chirurgicale
Hépatologie
Echographie-Endoscopie interventionnelle

Casa le : 18/08/2023

Mr Saghir Marouane

ORDONNANCE

19,60

14,40

ARMACIE CASAVIEW
Dr Othmane Bennouna
Centre commercial Casaview
Nassim Island Casablanca
Tél: 0522 69 64 64 - Wats: 0522 69 64 64
cl: 0522 69 64 64

X 3

Hémofast crème + supp

39,70

1 Supp enrobé de crème 2/j

1 /j le soir

10 Jours

10 Jours

Fucidine Pommade

60,00

1 application sur le supp

Médivéne 600

1 deux/j

01 Mois

38,00

Alfamix 15 mg

1 cp /j milieux diner

07 jours

30,00

Oedes 20 mg

1/j à jeun

07 Jours

Osmosine

1 cà soupe avec un grand verre d'eau avant diner

230,80

ARMACIE CASAVIEW
Dr Othmane Bennouna
Centre commercial Casaview
Nassim Island Casablanca
Tél: 0522 69 64 64 - Wats: 0522 69 64 64
cl: 0522 69 64 64

Dr. Najwa FILALI BABA
Gastro - Entrerologue
88, Bd Oum Rabii Rés. Colza 1^{er} Etage, N° 5
Casablanca -
Tél.: 05 22 89 21 16 - GSM: 06 61 43 03 42
INPE : 091028753

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Médiveine®

diosmine

600 mg

30 Comprimés sécables
Voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>	MATIN	<input type="checkbox"/>
		MIDI	<input type="checkbox"/>
		SOIR	<input type="checkbox"/>

AVANT APRÈS

سوطيمـا
othema



LOT 230016 1
EXP 12 2025
PPV 60,00



LOT 211545
EXP 05/2024
PPV 30.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

COOPER
PHARMA

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules.

7 x

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575



5 mg

imés

eutique

ميلوكسيكام

مضاد للالتهاب

LOT : M1027
PER : 04/2025
PPU : 38,00 DH

10 أقراص
عن طريق الفم

مخابرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول
146-147 المنطقة الصناعية تيوجن مليل - المار البيضاوي

Deva

10 أقراص
عن طريق الفم

فلاكسيكام

بلاكسيكام

Code : AC2 - 00207

فلاكسيكام
أبوب من 15 غ
2% فوسفیدین

3d AO