

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.

178430

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011818

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

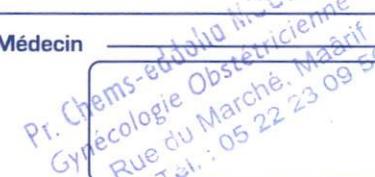
Nom & Prénom : MOUMNI HAFID Date de naissance : 22.09.65

Adresse : 40. Jolissaint belle rue zidi Jaârouf Ma

Tél. : 0661230972 Total des frais engagés : 792,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2023

Nom et prénom du malade : MOUMNI HAFID

Lui-même

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : 2019

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 : CASABLANCA

Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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
02/05/2022	C		250,-	Champs-éducatifs Ecologie Observée 1 Maro 22 05 22 09 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Bachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/12/2023	492,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Pr. Chems Eddoha MOUNZIL BENSLAMA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Ancien Professeur à la faculté de médecine de Rabat

Ancien Médecin Commandant à l'Hôpital Militaire de Rabat

Ancienne Assistante des Hôpitaux de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine René Descartes à Paris
en Stérilité et Reproduction, Echographie, Coelioscopie
et Hystéroskopie

الدكتورة شمس الفدي موزيل بنسلامة

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب بالرباط

طبيبة عسكرية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب رونى ديكارت بباريس

وحازة على دبلوم العقم والتناول. الفحص بالألوان

الجراحة بالمنظار والفحص الداخلي للرحم

Casablanca, le 08.08.2023 الدار البيضاء, في

26,4

1 FLUOMIZIN



Mme MOUMNI Hajjouba

63,6 1 comprimé gynécologique à placer en intravaginal au couche pendant 6 jours.

2 SEPTIDOL 8



98,80 1 application 2 fois par jour suivi d'un rinçage

3 NEOFORTAN 160



56,3 1 comprimé le matin et le soir, pendant 5 jours.

4 D-CURE 25,00



1 ampoule par semaine pendant 1 mois

13,11,3 5 LERO BASE



4,93 2 capsules le matin, au cours du repas. pendant 3 semaines

6 TARDYFERON B9 cp pellic : B/30

1 boite

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 1 mois



Pr Chems MOUNZIL BENSLAMA

30, Rue du Marché 2^{ème} étage - الماء الثاني - المعاريف . الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 23 09 59

E-mail : chems3567@hotmail.com البريد الإلكتروني :

PPV: 56,30 DH
LOT: 22J24D
EXP: 10/2024

Distribué par: ZENITHPHARMA
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane
Agadir-Maroc
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ
P.P.V.: 96,40 DHS

3, Rue André Citroën 33470

137,50

Importateur exclusif
BIOCLOUD MAROC
Technopôle, Rénopôle MV
BP. 126 Royaume MAROC
www.Biocode.com

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 03/2026
LOT 2D023 14

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV: 40,50 DH