

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W21-813391

283954

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12327

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MDAGHRI FILAÏT MOUINIR

Date de naissance : 09/09/1985

Adresse : Les VILLAS DES PRES N° 137 DAP BOUAZZA

CASA

Tél. : 0661087775

Total des frais engagés : 888,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. HAJ KHLIFA

Pneumo Allergologue

93, Avenue Mers Sultan

Tel: 05 22 49 18 73 / 74 Casa

INPE: 09107087#

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : Josephine Rayane

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rayane

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 : 09/11/2023

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
14/2/23	CS	01	25000	INP : 09159704 Dr. A. HAJ KHLIFA Pneumo Allergologue avenue Mers Sultan Bab Ezzouar 174 Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA & M&A PHARMACIE DES PRES Erramia GH1-15-M Dar Bouazza Tél : 05 22 89 75 61</i>	<i>09/10/23</i>	<i>639,60</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>															
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	<hr/>			D	00000000	00000000	35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000		00000000																
	<hr/>																		
	D	00000000	00000000																
	35533411		11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																			

Diplômé des Facultés de Toulouse (France) ،

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

ICE 001726704000005

خريج كلية الطب بب NUOZ (فرنسا)

* أخصائي في أمراض الجهاز التنفسى

الحساسية

دبلوم جامعي أمراض

الشخير و التنفس في النوم

M&M PHARMA
PHARMACIE DES PRES
15-MA
Errahma G.H 1-14
Dar Bouazza
Tel: 05 22 89 75 61

Casablanca, le.....

9 10 123

الدار البيضاء، في.

30,00

=)

فانت Algérien FLSU
Royan E



Royan E

Pelotonne goutte =

des poils u 1 M

99,00

>

SV + 5 J
Alg Thrix 30 uf =

25 شوئي u 3 u 1 J

45,30 x 2

>

SV x 3 J
vntiane = 2 Rx 2 x 5 J

140,00 x 3

SV = 48 x 9 x 3 J

639,60

PHARMACIE DES PRES
15-MA
Errahma G.H 1-14
Dar Bouazza
Tel: 05 22 89 75 61

INPE 091070870
ICE 001726704000005

LOT: 3188
PER : 03 - 25
P.P.V : 30 DH 00

ID: 651896

GloboSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 140,00 DH

6
118001 1414852

gsk SERETIDE salmetetrol propionate de fluticasone/

50

Flacon pressurisé avec valve dosuseuse
Suspension pour inhalation

Salmetetrol
propionate de fluticasone/

SERETIDE

50

25 microgrammes par dose

microgrammes

Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

x2ged

Lot M J 3 V
EXP 12 2024
PPV 45,30 DH

AZITHRIX®

AZITHROMYCINE

43

200 mg / 5 ml
Poudre pour
suspension buvable

25 kg

300 ml



TECNIMÉDE GROUP

39.00