

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- 0051206

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7291 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADOUA ACH MAITRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.11.11.61 Total des frais engagés : 360.443.1.3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AMMOR Houmaya
Angle Bd. Aïn Taoujate
Rue Aïn Yefren - CASA
Tél : 022.47.37.11

Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : SSERRAS NANTA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ORL 06 DEC 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 01/09/23

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
7.09.23	C	01	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZEMMAMAN Naïla ZEMMAMAN Rue de la Villa Blanca - Tel.: 05 22 20 28 67	07/03/23	431,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hounayda AMMOR

Médecin généraliste

diplômée de l'Université de Limoges

Ancienne interne des hôpitaux de France

Acupuncture - acupression

diplôme national de médecine Traditionnelle chinoise

(confédération française)

Therapies psycho corporelles



الدكتورة هنية عمور

الطب العام

خريجة كلية ليموج

الوخر بالإبر

و الضغط الإبرى

المعالجة النفسية البدنية

Le 7.9.23
Mme Seraj Rania

138,30

1) Augmentin 500



150,00

2) Flixotide 200
1 buse x 2/j



271,30

Oscillococcinum

131,30



Dr AMMOR Hounayda
Angle Bd. Ain Taoujoute
Rue Ain Yefren - CASA
Tél : 022.47.37.11

PHARMACIE LAHJAJMA
Naadia ZEMIRAMA
Avenue... Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50



États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

EXP: 06/2024
LOT: 3E0364
CIP: 34000328111007

Image of a person's head silhouette at the bottom.

6

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

Flixotide® 250

Fabriqué par :
Glaxo Wellcome Production,
27000 Evreux - France

Respecter les
doses prescrites

Uniquement sur
ordonnance - Liste I

ID: 651273
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 150,00 DH
6 118001 140336



ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصان = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV : 138,30 DH
LOT : 651020
PER : 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance