

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-570776

48277



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 41199 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUSSARHAN AZ-EDDINE

Date de naissance : 08 octobre 1954

Adresse : 402 Bd ZERKAOUDI APT 12

Réa MHD, Casablanca

Tél. : 067566257 Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident précisez 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

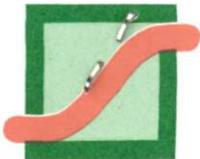
Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Comment et signature du Médecin justifiant le Paiement des Actes
11/09/2020	12	12	5	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU 11 SEPTEMBRE 2020 PAR M. LE DOCTEUR ANTOINE BAILLY 153, AVENUE DE LA LIBERTE 75011 PARIS TÉL. 01 43 22 82 14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/2023	£27,30

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 Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		



مصحة دار السلام

CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

16/09/2002

From Casablanca Agdzine

48, Coliford 200 S.V
28.00 29/09/2002 x 10 days
Dr. Sto del ~~Dr. Sto del~~ S.V
22.20 1. (in x 3) x 10 days
37.00 ~~codoliphen~~ S.V
53.00 140 x 8 days, x 10 days
91 ~~8 days~~ S.V
227.20 140 x 3 x 10 days

URGENCES 24/24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tel : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

CHAMPS DE L'EST
Dr. BOUHASSOUN FEDDA
Nakil Rue 41
Tél. 05 22 89 88 50

CHAMPS DE L'EST
Dr. BOUHASSOUN FEDDA
Nakil Rue 41
Tél. 05 22 89 88 50



53,20

EXACYL® 500 mg
(ACIDE TRANEXAMIQUE)

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Formule :
Prednisolone 20 mg (sous forme
de métasulfobenzoate sodique)
Excipients 0,5 g. 1 comprimé
effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, précautions à effet
secondaire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 04-23

LOT : J1305

b bottu s.a.
B. Aït el Kacemine - Ain Sefra - Casablanca
S. Bachoua - Pharmacien Responsable

PPV 22DH20
PER 06/22
LOT J1736

Lot

Exp.

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00

* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 *