

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

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.

ND: 51853

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622

Société : D.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elzaini M'hamed

Date de naissance :

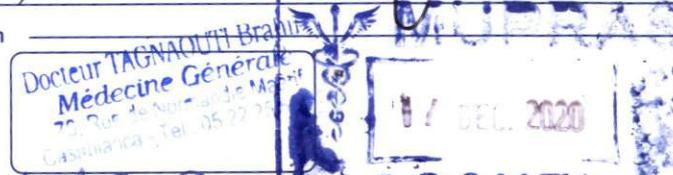
Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/12/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Daten
se

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
C 01	200 00		 Dr. Tagnaouti Médecin Général 70, Rue de Normandie Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 25 59 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GH. EL KADOUR AGUERD Fournisseur en pharmacie S. Al Ansari - 05 22 25 28 51</i>	14/11/20	491,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES PONTS

DATE DU
REVIS

Dr. TAGNAOUTI Brahim
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux .
MÉDECINE GÉNÉRALE
70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التغناوتي
خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زقة نورماندي - المعارض
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

24/11/2020

Mme Zaki Mame

56,60 x 2 Dilno x 10  2B
17,10 x 3 Metformine ¹⁰⁰⁰  850 3B
98,30 x 2 Atypomil ¹⁰⁰⁰  30 2B
100,00 x 40 Bream ¹⁰⁰⁰  1B/20
30,10 Maxidine ¹⁰⁰⁰  1000 2B
45,11

Dr. TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32

ARMACIE GHALLEI
EL KADRI AGUEDACH Laila
Docteur en Pharmacie
Rue Jaber Al Ansari - Derb Ghallei
Tél. : 05 22 25 28 51

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
PER : 09 2022
LOT : 8MA032



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
PER : 09 2022
LOT : 8MA032



6 118001 0703

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DHS
406994

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

Athymill®

Chlorhydrate de Mianséarine

1 comprimé : 30 mg

20 comprimés pelliculés sécables

LOT 180054
EXP 03/2021
PPV 98.30DH

Conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité
à température ne dépassant pas 25°C.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice

Voie orale

Ne pas laisser à la portée ni à la vue des enfants

 COOPER
PHARMA

Athymill®

Chlorhydrate de Mianséarine

1 comprimé : 30 mg

20 comprimés pelliculés sécables

LOT 180054
EXP 03/2021
PPV 98.30DH

Conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité
à température ne dépassant pas 25°C.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice

Voie orale

Ne pas laisser à la portée ni à la vue des enfants

 COOPER
PHARMA

Brexin®

Piroxicam- β -cyclodextrine

voie orale

chiesi

100,40

31-18204
PE 03/21
P.I.V. 10001140

