

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

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

logie 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.

ue :

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

ucation :

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.

aire :

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.

die 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

PRAS 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.

RAS : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-595946

N° D. 52647

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR Mouna

Date de naissance : 19/02/1979

Adresse :

Tél. : 0600 643493

Total des frais engagés : 1709,00

Dhs



ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Taoufik TRIHI
Médecine Générale
Derb Widan Rue 11 N°377
Hay Hassani - Casablanca
Tél 05 22 20 45 44 - 05 40 04 27 51

Date de consultation : 01 DEC 2020

Nom et prénom du malade : NASR Mouna

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DTD + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 DEC 2020

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| s des tes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|--------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | INF : 091251111 |
| | | | 15010 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| achet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------------|-----------------------|
| | 01 12 2020 | 1559,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

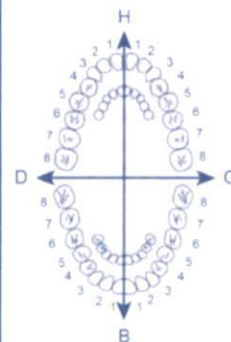
| achet et signature du ratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|---------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

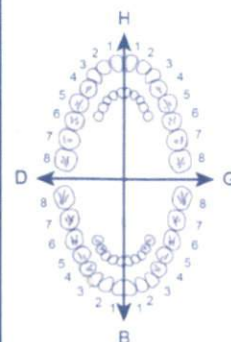
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale
Echographie



الدكتور توفيق التريهي

طبيب رئيسي سابقا

الطب العام
الفحص بالصدى

01 DEC. 2020

Casablanca le : : الدار البيضاء في

Mr NASR MOUVA

122,10 x 2

THATRE 5y

744,00

2h'

ANTUS de STAR

12U / 6 den

571,00

NOVO RAPID SAKREW

6U 3y'

T=1559,20



صيدلية الكاف SAMIRA
Pharmacie du CAF
1 Rue Al Oukhouane - Beauséjour
Casablanca - Tél : 22 39 89 73

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain Rebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V. : 744,00 DH



Docteur Taoufik TRIHI
Médecine Générale
Derb el Widad Rue 11 N°377
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 93 45 44 - 05 40 04 07 51

محتوى الحقن في قلم معبأ مسبقاً

أنسولين أسبرت

للحقن تحت الجلد و للحقن الوريدي

مصمم خصيصاً للاستعمال مع ابر نوفوفين® أو نوفوتويست® للاستعمال
الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المحلول يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين أسبرت،
غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، ديهيدرات فوسفات الديسوديوم،
كلوريد الصوديوم، حمض الكلوريدريك/هيدروكسيد الصوديوم (لتعديل pH) و ماء
لتحضير الحقنات

-- LAPROPHAN --

PPV : 571DH00

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur
ordonnance/Liste II

بصرف فقط بموجب وصفة
طبية/لائحة II

مستورد وموزع من طرف لابروفان

21 زنقة الأدوية

20300 الدار البيضاء

© 2018

نوفونورديسك ش / م

نوفوالي

DK-2880 باوسفيرد ، الدنمارك



®

novo nordisk

0

NovoRapid® FlexPen®

100U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml



6 118001 121304

8-9670-73-270-1



04, 22, 10

TRIATEC® 5 mg
Ramipril

احترم اللوائح الطبية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

A conserver à une température
inférieure à 25°C.



TRIATEC® 5mg
30 Comprimés





04, 22, 10

TRIATEC® 5 mg
Ramipril

احترم اللوائح الطبية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

A conserver à une température
inférieure à 25°C.



TRIATEC® 5mg
30 Comprimés



☒ valable 3 mois

01 DEC. 2020

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NASR Mounia

Présente

DIU + HTA (malchschmerz)

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 Mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)