

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.

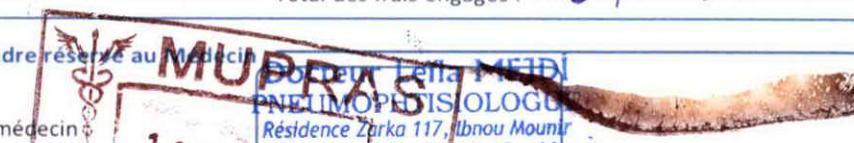
Adresses Mails utiles

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

N° W19-530599

AN = 24967

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13182			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAKIB NOUHA			
Date de naissance : 08/08/1991			
Adresse :			
Tél. : 0658959 253 Total des frais engagés : 880,80 Dhs			
Cadre réservé au Médecin  Cachet du médecin : 13 MAI 2020 DOCTEUR TELLA MEDDI PNEUMOPHTISIOLOGUE Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca 70220, 05 22 25 64 70			
Date de consultation : 01/03/2020 Nom et prénom du malade : CHAKIB NOUHA Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rhumatophathy - gène résistante 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : CASABLANCA Le : 12/03/2020 Signature de l'adhérent(e) : AGENCE SIEGE RAM			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04.03.2020	C2		# 300,90	INP : 091111997 Docteur beila MEJDI PNEUMOPHTROPOLYMEDECINE beila MEJDI Résidence ZAKKAR 17. Journaux PETROLIOLOGIE Ecole N° 17. Casablanca 17. Journaux MOUL Casablanca 17. Journaux MOUL

~~Tel. 83 et Adversaire 83~~ EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/03/2022	580,80
	INDE 097031949	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

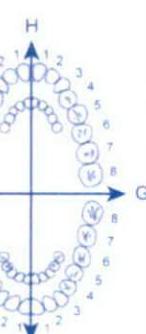
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS []
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Leila MEJDI
 Spécialiste des maladies du Poumon
 Diplômée de l'Université «Caen» France
 Maladies Respiratoires - Asthme
 Tuberculose - Allergies Respiratoires
 Explorations Fonctionnelles Respiratoires
 Bronchoscopie - Radiographie

الدكتورة ليلا مجدي

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
 خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا
 أمراض الرئة - الضيقه - الحساسية
 السل - فحص الوظيفة التنفسية
 التنظير القصبي - الفحص بالأشعة



Casablanca le :

07 03 2020

- - 91th CHAKIB Nouha

1/ Antibiotique 500 mg AS bouteille
 100 mg 1 ep le 1^{er} jour, puis 120 mg/j

2/ Cotipred 50 mg AS bouteille pour 2 j

3/ Aspirine 500 mg AS bouteille pour 30 j et 300 mg

4/ Nasonex 50 µg/dose de 2020 - 10 doses

5/ 136,20 DH ep le 5

6/ Nasonec

7/ 25,02 pulis de

8/ Stéroxophore

عمارة الزرقاء - 117، زقة ابن متير، زقة مونير

رقم : 1 - المعارف - الهاتف : 05 22 25 64 70 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - N° Angle Rue Ibnou Mounir - Rue Driss El Mekki - Casablanca
 1er étage - Ap. N° 1 Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70

NASONEX 50 µg/dose
 Suspension pour pulvérisation nasale
 Flacon de 120 doses
 PPV: 136,20 DH
 Distribué par MSD Maroc



6 11800 1150199 >

Dr Leila MEJDI
PNEUMO-PHYSILOGUE
 Résidence ZARKA - Casablanca
 et Auvergne 1er Etage - Casablanca
 Tél.: 05 22 25 64 70

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de mésasulfobenzoate sodique)

Excipients g.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total

quatre comprimés effervescents de

prednisolone sous forme de

mésasulfobenzoate sodique

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notable : voir notice

Cotipred®

prednisolone

(mésasulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés effervescents sécables

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml

LOT/مارک: H5159
FAB/صانع: كبرى
EXP/التارىخ: 09-2021

ZENITH PHARMA
PPV: 75,00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT: 077
PER: OCT 2021
PPV: 120 DH 70

AERIUS® 5 mg

10 comprimés pelliculés



8 000 050124

79,70
PPV: 79DH70
PER: 12/22
LOT: 2771

AZIX®

Antibiotique

3 Comprimés sécables



6 118000 040941