

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.



DECLARATION DE MÉDECIN

N° W19-529825

MS = 28601

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 4178 Société : Ram

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : Ghaziri Moustafa

Date de naissance : 21/09/1955

Adresse : 34, Rue Tifout - Casablanca

Tél. : 0661 20 42 38 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Othman LORABI

Cachet du médecin : Psychiatre - Psychothérapeute

I.N.P.E : 091191544 I.C.E : CC1764832000010

33, Rue Hajj Mahfoud - Casablanca

Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ghaziri Moustafa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles psychiques

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 à caractère personnel.

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
03/03/2010	CNSD 34	0.1	350,00	INP : <input type="text"/> Dr. Othman L Psychiatre - Psychanalyste I.N.P.E. : 09191531 I.C.E : 001762832000010 3, Rue Yalib Maftouh - Casablanca Tél. : 05 22 20 31 25 / fax : 05 22 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Othman L Psychiatre - Psychanalyste I.N.P.E. : 09191531 I.C.E : 001762832000010 3, Rue Yalib Maftouh - Casablanca Tél. : 05 22 20 31 25 / fax : 05 22 48	03/03/2010	303.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	31433552
00900000	00000000
D	00000000
30533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N. GHAFIRI Nostifa.

280. \rightarrow x2

1/ Dulorpi 60 g (S.V.) 130 659

01 gélule par jour pendant 60 jours

160. \rightarrow x2

2/ Dulorpi 30 g (S.V.)

130 660

01 gélule par jour pendant 60 jours

23.10

3/ LYS ANXIA 10 g (S.V.)

130 661

01 g le soir pendant 20 jours

puis $1/2$ g le soir pendant 10 jours

puis $1/4$ g le soir pendant 10 jours puis arr.

303.10

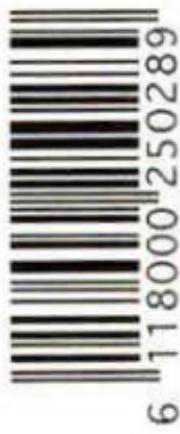
Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICH SAMIA
Rue de l'Oasis
Casablanca

Dr. Othman LORABI
Psychiatre - Psychothérapeute
I.N.P.E : 091191544
I.C.E : 001764837000010
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37



Lysanxia® 10 mg

40 comprimés



احترم الكمية الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Délivrance uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Laboratoires Pfizer S.A.
0,5 km, Route de Oualidia - El Jadida
® Marque déposée
N° ADSP : 10/DMP/21/NCF

UT. AV :

P.P.V

LOT N° :

23,10

DULOPHI® 60 mg

Duloxetine



ديلوفي® 60 مغ

ديلوكسيتين

LOT : B005802A
PER : MAR 2021
PPV : 280 DH 00

DULOPHI® 60 mg

30 Gélules



معهد الصيدلة

30 برشامات
مقاومة للعصارة المعدية

6 118001 151660