

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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.

MUPRAS : 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

Matricule : **2582** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : **HOURI Abderrahmane**

Date de naissance : **01/01/1946**

Adresse : **90, Résidence Nour Béni M'hamed Sidi Bouzid**

Tél. : **06.72.83.51.37** Total des frais engagés : **296.30** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/03/2019**

Nom et prénom du malade : **HOURI Abderrahmane** Age : **75**

Lien de parenté : Lui-même Companion Enfant

Nature de la maladie : **Asthme**

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 : **El Jadida** Le : **11/03/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **Jean**



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
11/03/21	L		2001 D 21	<i>DR. CILACI - Dentiste - Spécialiste de la Médecine Dentaire - Dr. CILACI - Dentiste - Spécialiste de la Médecine Dentaire</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Bouskoura - Sidi Bouzid - Tél: 07 23 34 80 30 - El Jadida</i>	11/03/21	96,20

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

DOCTEUR CHAOUKI YOUSSEF

Spécialiste en médecine
de travail

CERTIFICAT D' ECHOGRAPHIE

UNIVERSITÉ HASSAN II

DU Diabétologie et nutrition

Université de Bordeaux France



الدكتور شوقي يوسف

أخصائي في طب الشغل

شهادة للفحص بالصدري

جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء

دبلوم داء السكري والتغذية

جامعة بوردو فرنسا

El Jadida le:

11/03/2021

80.00

16.20

96.30

Dr. Rabi ABdelmajeed

Dr. Chaouki S.Y.

Seffra S.Y.

Dr. Chaouki S.Y.

Dr. Chaouki S.Y.

Pharmacie INESS

Dr. MARIJ Siham
Av. Tait Mosquée Sidi Bouzid
Tél: 05 23 34 80 30 - El Jadida

2 Imm 21 Resid Oum Rabi Hay Essalam El Jadida

Tél: 05 23 34 01 65 - Gsm : 06 64 55 60 88



Erector®

Sildénafil

25 mg

4

إرکتور

⑦

25

سildenafil

80,00

4

أقراص

Erector® 25 mg

4 Comprimés



6 118000 130642

GENPHARMA

SOUFRE 2 P. GENT
Solution pour pulvérisation nasale

6 118000 180463

2 بالمائة

عن طريق الأنف
فنتي من 20 مل
 محلول للرئس
 في الأنف



بيرفينيكربوكسيلايت الصوديوم

16,30