

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Souscriptions 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.

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.

Optique 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Changement de statut : adhesion@mupras.com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHAREF - EL MOSTAFA

Date de naissance :

03/NOV/1957

Adresse :

30, RS. CHABAZ 1R. 09. CASA-MAROC

Tél. 0661189351

Total des frais engagés : 728,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/08/2021

Nom et prénom du malade : ZYATTA - SEGU

Age : 60 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pneumopathie

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 : CASABLANCA

Le : 02/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : RAM



MC 2647

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
20-08-2021		/	9	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE BOUSKOURA 166 Ben Amar Lamsalha - Bouskoura 1 Nouaceur - Casablanca Tel : 05 22 59 23 15	20-08-21	1018,80 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXII JAIBES 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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a child to draw a face in.

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 20/08/21



2100183845 / 210815175814M.
Prénom : SOUAD
Nom : IMANSOURA
DDN : 29/08/1960 E: 15/08/2021
Service : USI (3302)

PAYANT
Sexe: F



143,30 x 4

Norex / Lovenox 0,5 UI
49,30 en SC x 1/j (pendant 7j)

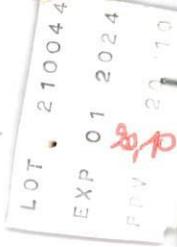
Ivermect. / Furanic 500 mg x 1/j
(pendant 9j)

20,10 Decadron 0,5 mg

21/08 : 10 g/15
22/08 : 8 g/15
23/08 : 6 g/15
24/08 : 4 g/15
25/08 : 2 g/15



PHARMACIE CENTRE HOSPITAL
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Nouakchott Casablanca Bouskoura
Tel : 05 25 59 23 15
1



1530 Kit C 1000
1g x 21g

SV

40190 Zinc 45mg

1g x 26g



79,30

T. 428,80

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr EL KETTAMI Chafik
Anesthésie-Réanimation

081028213

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Amar Lmsalha Bouskoura
Nouadhibou - Asyabla
1 Tel: 22 59 23 15

1

