

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

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.

Matricule : 5677 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : MANOUNI Mohamed

Date de naissance : 30-06-51

Adresse : 69, Rue Al Moudhoud CASA

Tél. : 05 22 27 34 79 Total des frais engagés : 205,80 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/21

Nom et prénom du malade : ZAHIDI Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du Se

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 : 15 SEP. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

H

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
02/09/21	CS			<i>C Pr SAHRAZ Orco-Balithérapeute INN 091036491 ONC 15, Allée de l'Université Boulevard des Hôpitaux Casablanca Tél: 0522 862700 Fax: 0522 862556</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE L'HOPITAL et Rue d'Agadir - Casablanca Angle Boulevard Zerkouni Tél: 05 22 27 39 39</i>	21/9/21	205,80

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

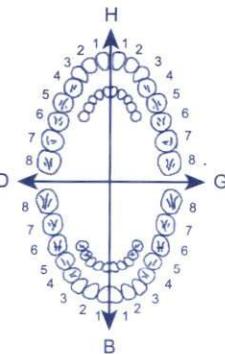
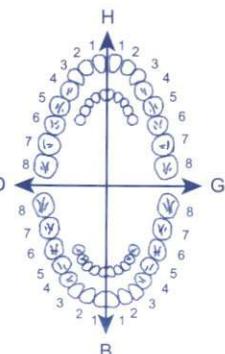
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pr SAHRAOUI Souha
Onco-Radiologue Hépatologue
INP N° 091036491

Zefri di fatéen

74.80 x2

Sep Ceu

900 265

2x6j (S)

PHARMACIE DE L'HÔPITAL SARL AU
Angle Boulevard Zerkouni
et Rue d'Agadir - Casablanca
Tél: 05 22 27 39 39

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
15 Allée du Persée Bd Anoual
Quartier des Hôpitaux Extension
Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 (LG) / 86 25 31

93096 26j (S)

28/10x2

20580

2x6j

Pr SAHRAOUI Souha
Onco-Radiologue Hépatologue
INP N° 091036491

سيسين® 500

سيبروفلوكساسين

عليه من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

74180
LHT : 05321014
P.R : 08/2022
P.V : 7.50 DH

سيسين
سيبروفلوكساسين
سيبروفلوكساسين
سيبروفلوكساسين
سيبروفلوكساسين
سيبروفلوكساسين

• 500 •
• 500 •
• 500 •

سیر و قلوب ساسیں

عليه من 10 أقواص ملبيّة

عن طريق النعم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés Déliculés



6 "11800"230182"

نحو احراض المدحومقة

TRAMADOL NORMON® 50 mg

Tramadol

LOT : 12421001
PER : 03/2024
PPU : 28,10 DH

20 gélules
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 30°C
Sous ordonnance médicale.
Tableau A

Respecter les
doses prescrites
الرجاء احترام الجرعات الموصوفة

TRAMADOL NORMON® 50 mg

Tramadol

LOT : 12421001
PER : 03/2024
PPU : 28,10 DH

20 gélules
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 30°C
Sous ordonnance médicale.
Tableau A

Respecter les
doses prescrites
الرجاء احترام الجرعات الموصوفة