

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 046236

98183

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2497

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ALOUFER

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : Avenue Haj Fath 6, Imm 10 Cuita

Tél. : 06 21 20 27 59

Total des frais engagés : 653,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/09/2021

Nom et prénom du malade : MOUFER M. H. Aït Ben El LOUARDI Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : POLY

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 : 23/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
23.10.2012	C15		*2150.- *45.	Dr. Merien et Quirynen Hépatologe - Entérologue Sint Maartenslaan 6, 3500 Hasselt tel: 03 22937299 ECA

• EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACEUTIQUE CA - BLANCA Béjaia - Rue 6 N° 3 Lot 6 blanca - Téle 0522 93 20 26	23/09/21	403,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">H</th> <th style="text-align: center;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">B</th> <th style="text-align: center;"></th> </tr> </tbody> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D —————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES COINCS
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D —————— G												
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>DES SOINS</p>
		<p>DATE DU DEVIS</p>
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire

hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale
française de gastro-entérologie

Echographie-gastroscopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale



إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد-المعدة-الملاحة-الأمعاء
البواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
عضوة بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الشخص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج

Casablanca, le :

23/09/2021

Mme Noufet Khadija

LOT 210223
EXP 09/2022
PPV 215.00DH

215,00

30 comprimés - قرص 30

VTE : MA-PPV : 51DH00

118001183340

51,00

PPV 98DH80
EXP 03/2024
LOT 12019 3

98,80

17,34

CLOPRAME® 10 mg 40 compr.
PPV 17DH30 EXP 09
LOT 04

Lotissement Haj Fateh Imm 10 Etage 2 N°4 (à proximité de la mosquée Haj Fateh) Oulfa - Casablanca

Tél : +212 (0) 5 22 90 72 98 / E-mail: cabinet.elouardi@gmail.com

200g 40mg A.S.
1 - 0 - 1 (2j) AVANT
1 - 0 - 0 (1 mois) NE PAS
Tangamil 500 A.S.
1 - 1 - 1 (10j) apres-
Ne afort en 1,00
1c p x cloprame A.S.
C P Y L/j (15g)
**5^e PHARMACIE HAJ FATEH
C. EL OUARDI
Dr. Meriem EL OUARDI
Gastro - Endocrinologue
Hépato - Gastro - Endocrinologue
et Proctologue
Haj Fateh, Imm 10 Quita
Casablanca, Tel: 0522 93 10 28
Fax: 0522 93 10 28
E-mail: cabinet.elouardi@gmail.com**

T:21227 PER:07/2024
PPV:21,00 DH

library

21.10
403.10

CP 18 (3 mois) à l'âge de
A près n° 19

CASE NUMBER: 13-C-000722-08
Def. Proj. Logue
At Plaintiff - Enteroogic
IL OUTARDI

**STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA**
Lot. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 6A
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28