

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

## biologie 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.

## otique :

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 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

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

88445.

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANDOUNI Mohamed

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69, Rue AL HOUFDHOUAD CASA

Tél. : 05 22 27 34 79 Total des frais engagés : 324,744,111 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/2019

Nom et prénom du malade : Zahidi fatima Age: 45

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du sein

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 : 15/01/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13/07/2011	CS		0	Abdelkader Radiologue Riyad Oulam 0222866620954

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/21	376,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

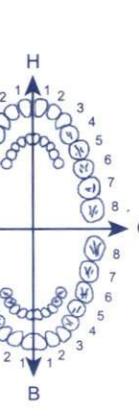
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  G & 00000000 & 00000000 \\  B & &   \end{array}  $			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**

Onco-Radiothérapeute

Mme Zahide fatima

26.8.2013

~~15~~ Sepcen 500 mg x (03 boîtes)

~~15~~ 1 CP 2 x J

28.10.2013

Tramadol x (03 boîtes)

~~15~~ 1 CP 2 x J

22.09.2013

Cedol a (03 boîtes)

~~15~~ 1 CP 2 x J

PHARMACIE DE L'HÔPITAL SARIJAU  
15, Allée du Persée, Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologiryad.com  
GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26

**Pr. Abdelkader ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute - INP 091157321  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00 86 25 31 Fax : 05 22 86 25 56  
Secretariat : 0662 09 54 15

1000000000

1000000000

22.00

22.00

22.00

500®

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراط

عن ط

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

LB1: 058210  
PLR: 001202  
IPV: 74.80 JH

24,80

بيج بارجام الجرعات

500®

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراط

عن ط

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

LB1: 058210  
PLR: 001202  
IPV: 74.80 JH

24,80

بيج بارجام الجرعات

500®

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراط

عن ط

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

LB1: 058210  
PLR: 001202  
IPV: 74.80 JH

24,80

بيج بارجام الجرعات

# TRAMADOL NORMON® 50 mg

## Tramadol

LOT : 12420006  
PER : 12/2023  
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  
الرجو احترام الجرعات الموصوفة

# TRAMADOL NORMON® 50 mg

## Tramadol

LOT : 12420006  
PER : 12/2023  
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  
الرجو احترام الجرعات الموصوفة

# TRAMADOL NORMON® 50 mg

## Tramadol

LOT : 12420006  
PER : 12/2023  
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  
الرجو احترام الجرعات الموصوفة