

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-636242

66196

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 0941

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DANOUNE RACHID

Date de naissance : 30/10/1962

Adresse : 7 Rue A.N EL ATI, Apt 6, RACINE

CASA DIANCA

Tél. : 0661720153

Total des frais engagés :

26956

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/09/21.

Nom et prénom du malade : Dr. RACHIDIA SIDIQI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète et Proctite des rectales

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/12/2021

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
23/09/21	g		250,00	INP : 091426219 Dr. Khadidja B. 16/05/2021 BBC Code 13717511 16/05/2021 13717511

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/21	1245,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

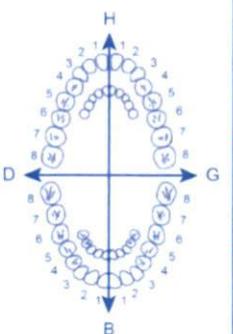
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

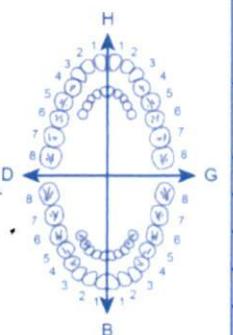
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Khadija SEBA

الدكتورة خديجة السبع

PEDIATRE

Spécialiste : Nouveau-Né, Prématuré,
Nourrisson



اختصاصية في أمراض الأطفال المزدادون قبل الأوان،
الرضيع الأطفال الكبار والراهقون

Grand enfant et adolescent
DIPLOMEE DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE PARIS

خريجة كلية الطب بباريس

Spécialiste en Médecine d'Urgences
médico-chirurgicales

اختصاصية في طب المستعجلات العامة

Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris

طبيبة سابقاً بمستشفيات باريس

Mohammedia, le 28/9/21.

Demande de

(47,00 ₣)

- clartee

1cc le soir 70 allumer

(303,00 ₣)

- suifolair Suis

N°3

1cc à creuser le soir

27,70

- Apiaol

75

2cc n°2

21,90

- Butovent

2cc n°2

Butovent® 0,04%

Salbutamol

21,90

1245,40

إقامة بارامسكي (ستة) سلم - 1، الشقة رقم 2 - الطابق الأرضي اليسير - العيادة رقم 05 23 28 42 43
Résidence Parameski (Sebta) Escalier 8, Appt N°2 - RDC gauche - Tél.C : 05 23 28 42 43
المستعجلات : 06 63 71 75 11

Dr. Khadija
Résidence Parameski
Escalier 8, Appartement N°2 - RDC gauche
Tél.C : 05 23 28 42 43
Tél.C : 06 63 71 75 11

LOT : 5143
UT- AV: 11 - 23
P.P.V : 47 DH 00

Clartec®
Loratadine 0,1g/100 ml

lot: 210424
à consommer
avant le: 06/2024
PPC: 79,50 DH

LOT : 5143
UT- AV: 11 - 23
P.P.V : 47 DH 00

Clartec®
Loratadine 0,1g/100 ml

LOT : 3062
UT. AV : 09 - 24
P. P.V : 47 DH 00

Clartec®
Loratadine 0,1g/100 ml

LOT : 3062
UT. AV : 09 - 24
P. P.V : 47 DH 00

Clartec®
Loratadine 0,1g/100 ml

LOT : 5143
UT- AV: 11 - 23
P.P.V : 47 DH 00

Clartec®
Loratadine 0,1g/100 ml

Le médicament contient du Loratadine. Chaque ml contient 10 mg de Loratadine. Ce médicament contient de l'antihistaminique. Il est destiné à l'usage des adultes et des enfants de 12 ans et plus.

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI



74772/140414-2

SINGULAR®

5 mg



comprimé à croquer

Montelukast

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI



74772/140414-2

SINGULAR®

5 mg



comprimé à croquer

Montelukast

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI



74772/140414-2

SINGULAR®

5 mg



comprimé à croquer

Montelukast

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI



74772/140414-2

SINGULAR®

5 mg



comprimé à croquer

Montelukast