

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

iologie 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.

ique :

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.

aladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : MJATI BOUAZZA

Date de naissance : 10/03/1952

Adresse : OULFA 6R D N°1 CASA
RUE 109

Tél. 0522908372 Total des frais engagés : 46,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M-jati Bouazza Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Le : 05/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Mr. T. H.
Dennan J. Zaafarani
Oued Sebou - Oujda
CASABLANCA
Tel: 0522 90 18 99

Date _____

Montant de la Facture

46.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
3d Oued Sebou - Oujda
CARLANCA
13 99
Rjati Bouazza

FACTURE N°

Quantité	Désignation	TAM S.V.	Prix unitaire	Total
1	Luhy 100	TAM S.V.	14,40	14,40
1	Cephaly	TAM S.V.	22,20	22,20

Arrêté la présente facture à la somme de

46,60.

46, 6,

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

Codoliprane

PARACETAMOL ET CODEINE



bottU 1.a.
S. Bachouche - Pharmacien Responsable

فلاحي

لـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

ـ

</

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

04/2023
G00P78
05/2020

EXP:
Lot:
Fab:



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342