

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

tique :

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.

entaire :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

C 103103

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012647

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8016** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DOKBI SAID** Date de naissance : **22/10/1969**

Adresse :

M 1 M

Tél. : **06 77 11 45 80**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **ADDAKIRI RACHIDA**

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 :

Le : / /

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 Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES ARCADES KISSI 3, Rue Reuisse Mosquée El Batha Route d'El Jadida Oasis - Casablanca Tél 0522.25.50.31 - Fax : 0522.25.51.41	22/2/22	217,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



Dr. = ADDA GIRE fechida
Casablanca, le 22.12.2022.

gantos

• Azix 500  1 tab

PPV: 79DH70
PER: 12/24
LOT: K2315



PER: 12/24
LOT: K2315

1 cp le 1^{er} jour

• 1/2 cp 1^{er}

(8.100)

• Solupred 20 mg



PHARMACIE
3, Rue A
Route d
Tél 06

Solupred® 20 mg
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم المقدار الموصى
Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste 1)
صرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (الائحة 1)



2017.12.20 2 cp 1/2 x 3 tabs

• Régime sans sel

Dr. Nadia MEZIANE
Gynécologue Obstétricienne
Chirurgie Gynéologique - Stérilité
Abdelmoumen Center Angle Abdelmoumen
Anoual - Casablanca
Tél: 05 22 27 62 71 / 05 22 86 20 97
شارع عاندي زاويه زنقة 6161
05 22 27 62 71 / 05 22 86 58 39

0522 98 90 50 ، الدار البيضاء، الهاتف : 0522 98 90 90 /fax : 0522 98 90 50

Bd Ghandi Angle Mohamed El hayani & Hmmad Arraouiyah, Casablanca. Tél.: 0522 98 90 90 (LG) / Fax : 0522 98 90 50

cliniqueoumalbanine2018@gmail.com

