

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

cation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

tre :

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.

ie 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

éclamation	: contact@mupras.com
rise 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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6622 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ERZAKI MINA

Date de naissance : 21/06/1961

Adresse : 81 Rue Moussa Bonan

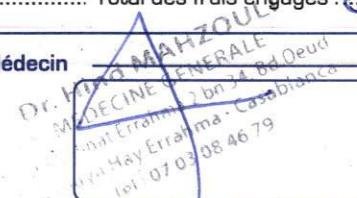
Ne de SS au CSCA

Tél. :

Total des frais engagés : 655 + 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2022

Nom et prénom du malade : ERZAKI MINA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

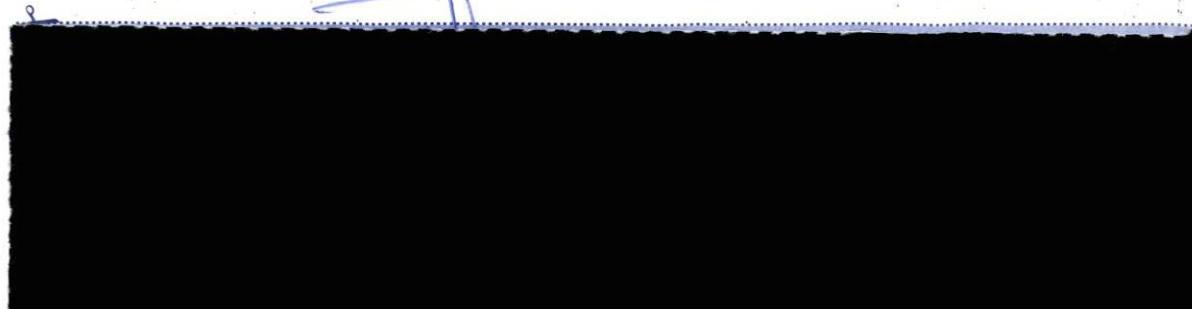
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 03/03/2022

Le : 03/03/2022

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
03-03-22	022		1000,00	Dr. Hind MAHZOUN MEDECINE GENERALE Lot Mouloud Errahma 2 bn 34, Bd Dhar El M... Mutabaya Hay Errahma - Casablanca Tel: 07 03 08 46 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CE DOCUMENT EST UN DEVIS 6-287-M-4 Casablanca	03-03-22	655,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Hind MAHZOULI

Médecine Générale
Echographie générale
Suivie de grossesse
Diabète et hypertension
Electrocardiogramme



Ordonnance

الدكتورة هند مهزوولي

عيادة الطب العام
الفحص بالضد
تبسيط العمل
داء السكري و الضغط الدموي
تخطيط القلب

Casablanca le 20/07/2023



EZZAKI mina

AT gravis cm
98,90

Sant

21- Aclom ox 190,00
2ml x 23

37- Antiph 50,00
500mg x 218

47- Siburon 113,20
116,60 x 218

57- Clarke 61,00
61,00

67- Bon Tognozel 142,80
142,80

655,90

Dr. HIND MAHZOULI
MÉDECINE GÉNÉRALE
Lot Madinat Errahma 2 bn 34, Bd Oued Melouya
Casablanca
Tél : 07 03 08 46 79

كلاذر تياك

LOT : 7557

UT. AV : 09 - 21

P.P.V : 61 DH 00

لوراتادين

مضاد للحساسية

Formule :

Loratadine 10 mg

Excipient q.s.p 1 comprimé

Indications, contre-indications, précautions d'emploi,
posologie : voir notice.

30 قرصا

Liste II

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau C (Liste II)

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30 °C



Matin / الصباح



Midi / الغداء



Soir / العشاء

Pour les autres informations, lire la notice à l'intérieur.

Administration orale. Avaler le comprimé avec de l'eau.

Médicament soumis à prescription médicale.

Pantoprazole GT[®] 40 mg

Voie orale
20 comprimés gastro-résistants



TECNIMED GROUP

LOT : 200334

PER : 05/2023

PPV : 142,80 DH

Pantoprazole GT[®] 40 mg

20 comprimés gastro-résistants

de l'AMM

مخناد حديوي

٥٠٠ جم

12 كبسولة

فلوكوكساسيلين



٥٠٠ جم

فيسيكون

GAVISCON

ADVANCE



لائق عن طريق الفم في أكواب بنكهة النعناع

**SUSPENSION BUVABLE
EN SACHETS GOÛT MENTHE**



بنكهة النعناع GOÛT MENTHE

راحية فعالة من حرقة المعدة
والحموضة المعوية

*Soulagement efficace des
brûlures d'estomac et des remontées acides*

DISPONIBLE UNIQUEMENT EN PHARMACIE

1085 T 1

03/2023

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

3166531

PPV : 98 DH 90

6 118000 061465



sécables

20 comprimés pelliculés

Stilnox® 10 mg

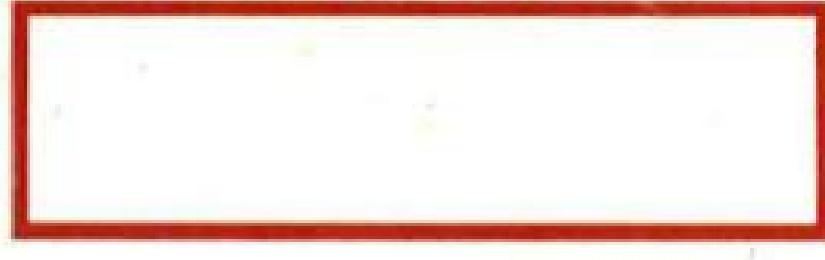


ne doit pas dépasser 4 semaines.

La durée de prescription de ce médicament

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A

MÉDECIN LES MOSES PRESCRIT



zolpidem

Stilnox® 10 mg

5649



6 118000 061465



sécables

20 comprimés pelliculés

Stilnox® 10 mg



ne doit pas dépasser 4 semaines.

La durée de prescription de ce médicament

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A

MÉDECIN LES MOSES PRESCRIT



zolpidem

Stilnox® 10 mg

5649

