

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **optique :**

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

## **ééducation :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MAUR

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0000869**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11109 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUNES Date de naissance : 09.08.1923

Adresse : 661571128 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/04/2012

Nom et prénom du malade : JABBAR JAD Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vt

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : S. JAD

Le : 18/04/2012

### 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
01 04 2022	(n)		252.017	<i>Docteur Guédio Praticien Dentaire Institut Réopathie 102 Boulevard André Malraux - 75116 Paris Téléphone : 01 53 67 45 04</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MAZELI</i>	01/04/2022	232,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

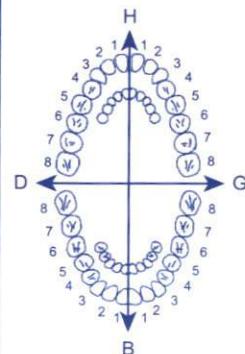
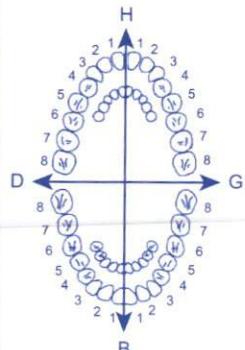
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				Coefficient DES TRAVAUX
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Ouadie BENNANI**

Pédiatre  
Homeopathe



Maladies des Enfants et Nourrissons  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours  
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France  
Allergologie infantile et Asthme

## Sur rendez-vous

Casablanca, le

01 AVR. 2022

بالموعد

JABBAR JAD

88.50

④ CURRY 03

2

35,40x4

② NACi + FeCl<sub>3</sub> (aq)  $\xrightarrow{3\text{-}6\text{s}}$

**HARMACIE MAZON**  
DRAZZOUZ Ibissa  
M 51 Rue 4 Mazola  
N Hassani - Casablanca  
Tel. 02-22-11-11

232,32

Docteur Claude  
Fredeau  
Homéopathe  
159, Bd Bourdonneau N° 26 Basid Shwarz  
Casablanca - Tél. 34 43 14 22

١٥٣ شارع عدن الشقة رقم ٢٦ إقامة شوان . الدار البيضاء . الهاتف: ٠٥ ٢٢ ٤٣.٠٤.٧٣ . المحمول: ٠٦ ٦١ ٤٢.٤٤.٤٦  
159, Bd de Bourgogne, Appt N° 26, Résid, Shwan Casablanca - Tél. : 05 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42.44.46  
البريد الإلكتروني: bennaniouadie@gmail.com

Curogyl® D3



8 051128 635522

Lot :

210973

A consommer de  
préférence avant le :

01/2025

PPC : 89,50 DH

# **Maltofer®**

**Sirop**

**Composition :**

Complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymaltose.....35,70mg

Correspondant à fer(III)...10,00mg

**Excipients : q.s**

**Posologie selon la notice interne ci-jointe.**

**Excipients à effet notoire :**

Saccharose, Parahydroxy-

benzoate de méthyle,

Parahydroxybenzoate de propyle, sorbitol

**150 ml**

Vifor

35,70

# **Maltofer®**

**Sirop**

**Composition :**

Complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymaltose.....35,70mg

Correspondant à fer(III)...10,00mg

**Excipients : q.s**

**Posologie selon la notice interne ci-jointe.**

**Excipients à effet notoire :**

Saccharose, Parahydroxy-

benzoate de méthyle,

Parahydroxybenzoate de propyle, sorbitol

**150 ml**

Vifor

35,70

# **Maltofer®**

**Sirop**

**Composition :**

Complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymaltose.....35,70mg

Correspondant à fer(III)...10,00mg

**Excipients : q.s**

**Posologie selon la notice interne ci-jointe.**

**Excipients à effet notoire :**

Saccharose, Parahydroxy-

benzoate de méthyle,

Parahydroxybenzoate de propyle, sorbitol

**150 ml**

**Vifor**

**35,70**

# **Maltofer®**

**Sirop**

**Composition :**

Complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymaltose.....35,70mg

Correspondant à fer(III)...10,00mg

**Excipients : q.s**

**Posologie selon la notice interne ci-jointe.**

**Excipients à effet notoire :**

Saccharose, Parahydroxy-

benzoate de méthyle,

Parahydroxybenzoate de propyle, sorbitol

**150 ml**

Vifor

35,70