

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

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

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278

Société : RAM
Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNAKSIME ABDELLAH

Date de naissance : 03/10/49

Adresse : 1a. abdellah

Tél. : 06 93 49 98 61 Total des frais engagés : 250.00 + 972.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/06/2022

Nom et prénom du malade : ENNAKSIME ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HBP + DC

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.

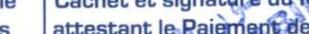
Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Enn

Le : 20/06/2022

7/06/03

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
20/06/22	CS	CS	250	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PILOT 544. Lot El Wafa - DEROUA 05/06/22	20/06/22	972, 10 DT

INPE: 062108709

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

INPE: 062108709

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

X

10

1. 

1.

x

A large, empty rectangular box with a thin black border, designed for children to draw or write in.

Page 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZALDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles. Éjaculation precoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدی نبیل

أخصائي في جراحة الكلي والبروستات
المسالك البولية والتناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية

- الضعف الجنسي و القذف السريع

- ختان الأطفال و التبول اللازاري

- حالات وجود الدم في البول

- الآم و أورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 20/06/2022

Mr

ENNASSINE

ABDELLATIF

199,00

1) Viristerone x 1

SL

SL

SL

SL

SL

SL

SL

SL

SL

3x109,70

2) Contiflo 0,4 mg x 1

SL

SL

SL

SL

SL

3) Prostacalm x 1

SL

SL

SL

SL

SL

3x148,00



الدكتور نبیل
EZALDI NABIL
جراحة الكلى، البروستات
والمسالك البولية
والجهاز التناسلي
Chirurgien Urologue Andrologue

40 شارع عبد الرحيم بوعبید ، الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
تجزئة تيسير 2 - برشيد. الهاتف : 05 22 03 05 35

40، شارع عبد الرحيم بوعبید . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
تجزئة تيسير 2 - برشيد. الهاتف : 05 22 03 05 35

RDV le 20/07/2022 -

N° AUT. MSP: DA20202010732DMP/UCA/V1
N° AUT. ONSSA: ES.34.17.20

Date d'expiration:

Lot: 12.2024
L130121



PROSTACALM DH
PPC: 148,00 DH
MCEUTIK

2010732DMP/UCA/V1
17.20

PROSTACALM DH
PPC: 148,00 DH
MCEUTIK



Lot: 12.2024
L130121

2024
0121



Lot: 12.2024
L130121

PPC: 199,00 DHS

N° DE LOT:

DATE DE FABRICATION:

À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN :

078636
09/2020
09/2023

N° AUT. MSP: DA20202010732DMP/UCA/V1
N° AUT. ONSSA: ES.34.17.20

Date d'expiration:

Lot: 12.2024
L130121



PROSTACALM DH
PPC: 148,00 DH
MCEUTIK

6 111260 760079



CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



CONTIFLO® OD



30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale

0.4 mg

بمسنوتورين