

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 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

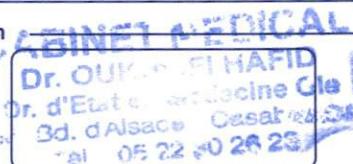
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2022

Nom et prénom du malade : M. La jana 3 A. WAB. B. M. A.

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/10/22	V		200.-	LIBINET Dr. D'Etat Dr. d'Assac 2. Bd. d'Asnières 92100 Nanterre 01 88 22 22 22 rel : 05 22 20 28 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ISMAYAN 16, Bld Elot. Le Comptoir Benjui 92100 Nanterre Tél : 01 88 22 22 22	18.10.22	299,30

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				</

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CERTIFICAT DE LA FEDERATION

INTERNATIONAL DU DIABÈTE ET DE U.E.M.S.

ECHOGRAPHE

HOLTER TENTIONNEL

ECG

الدكتور حفيظ أوكيليف

طبيب رئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتب للجمعية الفرنسية

والأوروبية لأمراض القلب

عضو منتب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري والإذناد

الأوروبي للأطباء الأخصائيين

الكشف بالصدى (إيكوغرافي)

هولتير الضغط الدموي

تخطيط القلب

Casablanca, le

18/10/2022

HABIB D'UNIS 45 JOURS

74.80^{x 2}

- megalob 300 mg 22

30,00^{x 2}

- mgalob 300 mg 22

70,00

مكالم

LOT: 210764
PER: 06-2023
PPV: 70,00DH

19.70

- Aspr 100 mg 21

299,30

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHLIFT HAFID
Dr. d'Etat en médecine Gén
30, Bd d'Alsace Casablanca
Tél: 05 22 30 26 23

شارع الأزاس، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجديه، قرب سوق بنجديه • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

PAZIDE

®

Nifuroxazide

200

Adultes



16 gélules

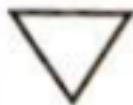
PPV: 19DH70
PER: 09/25
LOT: L2902

infectieuses

Voie orale

82, Allée des Casuarinas, Aïn Sébâa - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



باراسيتامول



325 مل.

ترامادول

37,5 مل.

20 قرص ملائمه



MYANTALGIC [®] 20 comprimés pelliculés

PPU 30DH00 EXP 07/2023
LOT 16066 8

باراسيتامول



325 مل.

ترامادول

37,5 مل.

20 قرص ملائمه



MYANTALGIC [®] 20 comprimés pelliculés

PPU 30DH00 EXP 07/2023
LOT 16066 8

000

74,80

افريقيا - فارما
AFRIC - PHAR



500
ملغ

10

سيبروفلوكساسين

مكمل غذائي

عن طريق الفم

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

افريقيا فارما
AFRIC-PHAR



٧٤١٨٥

٥٠٠
مٌن

١٠

سيبروفلوكساسين

مٌثاًجٌ
كٌلٌ

عن طريق الفم

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

**THE
TAN
S
H
I
P**

Urokhazide

יונתן

006

Infectieuses

voie orale

cultes

géules

Médecine et Santé des Populations, Vol. 18, n° 1, mars 2008

chouchi - Pharmacien Responsable

5

ANSWER

— 10 —

PPV: 190Hz
PFR: 0.8/2.5