

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0016388

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société : RAM 138706
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Abdelkader AZIZ
 Date de naissance : 1938/10/10
 Adresse : Jamila rue M.
 Tél. : 0661604130 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2022
 Nom et prénom du malade : AZIZ Abdelkader Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : insuffisance cardiaque chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ 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
18/10/22			30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/10/22	10900
	18/10/22	170,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

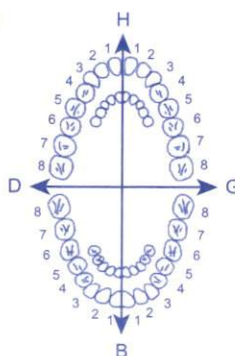
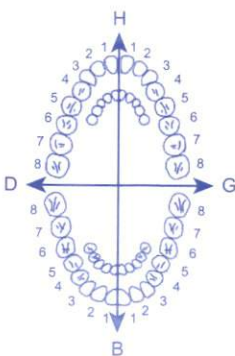
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'hémodialyse Al Qods

Docteur MORTAJIL F.
Spécialiste en
Néphrologie - Hémodialyse



C.H.Q.

الدكتورة المرتجل فاطمة
اختصاصية في أمراض الكلى
والكلية الإصطناعية



091031864



0900 62 050

Aziz Aglak

18.10.22

Juste tous
10900

SV
12/11/22



10/11/22

Dr. Mortajil F.
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
Bd Al Qods, rue 25, Quartier Mandarona, Ain chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 54 27 Fax: 05 22 52 54 19

FR

Pour 1 ampoule de 10 ml

	90 mg
	soit 11 mg de ginsénosides
MATÉ	67 mg soit 14 mg
	de caféine
GUARANA	130 mg

Utilisation :

Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre 1 ampoule par jour, de préférence le matin, à jeun, pendant 20 jours.

21680 1224

LOT

PER

Prix

109.00

EN

For 1 vial of 10 ml

GINSENG extract	90 mg
	(i.e. 11 mg of ginsenosides)
MATE extract	67 mg i.e. 14 mg
	of caffeine
GUARANA extract	130 mg

Instructions for use:

Dilute the content of the vial in a glass of water or fruit juice. Take 1 vial per day, preferably in the morning, for 20 days during times of stress or for 10 days to stay in shape. A slight deposit is normal. Shake the vial vigorously before use.

High caffeine content (14mg/vial).
not recommended for children under 12 years old and pregnant or nursing mothers.

Centre d'hémodialyse Al Qods

Docteur MORTAJIL F.
Spécialiste en
Néphrologie - Hémodialyse



091031864



C.H.Q.

الدكتورة المرتجل فاطمة
إخصائية في أمراض الكلى
والكلية الإصطناعية



0900 62 050

n° MUSE Abdel kader

Zimrat 500 mg



2x1



OFiken 200 mg 1cp 2x1/5

17000

DR. MORTAJIL F. Fatima
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
INPE 091031864 - Mandarona Rue 25A - 26
Bd. Al Qods Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 54 27 Fax: 05 22 52 54 19

في حبة
 في حبة

OFIKEN® 200 mg

Céfixime

Boîte de 16 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 022343

LOT 220708 1

EXP 03 24

PPV 170.00 DH

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS

