

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.

N° W21-782304

150276

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8140

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ALAMA MOUNIR.

Date de naissance : 15-06-70

Adresse : Résidence Le CLUB, 26 Mly Thami Appl N°35

H/4 CASA.

Tél. : 06.67.27.57.44

Total des frais engagés : 546,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

طبيب معاون، خبير لدى المحافظة، طريق مولاي التاج، 60
(قرب مستشفى الحسنية)، مارولا - الحسيمة - مارولا،
الهاتف: 022 00 70 88

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CASA

Le : 27/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

21 FEB. 2023

RACOUPH

MUPRAS

27/01/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D. TIR Abdelaziz PHARMACEUTIQUE POLYCLINIQUE 9, Route M'Y Thami Ha Tél: 0522 90 25 11	97.1.25	346.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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																

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Dr EL ALFAIA HOUSSIA

Casablanca, le : **27 JAN 2023** : الدار البيضاء، في :

- 1- 116.40 Flexalum 500 mg x 30
- 2- 45.50 Cetaphlau 50 mg x 30
- 3- 28.00 Coccidene creme
- 4- 126.30 AUGMENTIN 1g sachet
- 5- 300 Fluibac 100 mg x 30
- 346.20



..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كرس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الإفطار، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

PPU: 126.30 DH

LOT: 650549

PER: 03/24

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : drgzsa@gmail.com

60 طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

LOT : M22140
EXP : OCT 2025
PPV : 45,50 DH

Catflam® 50 mg

Diclofénac potassium

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragees à 50 mg

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

ፖ.ስታ.ኔ.ሪ. አዲስ አበባ

፳፻፲፭ ፲፪



፩፻፰ ዓ.ም.

የግዢድን

ፍ.ዢ.ድን

®

PPV 116DH40

LOT 290122

EXP 09/2024

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale