

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W21-783244

154820

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13/188 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TOUNI BENJELLOUN HANZA

Date de naissance : 06/05/1992

Adresse : Sidi Ifacine lot bouchra N° 67 CASA

Tél. : 0645 07 77 68 Total des frais engagés : 265,90 / Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : CASABLANCA

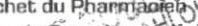
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 24/10/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMONIE 1005 RUE LAHBA Rés "les Jardins de Californie" 2 ^e Bd. de l'Est - 92265 Clichy Case 110 - 05 22 22 98 34 092054733	24/3/23	265,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde,
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'hôpital

20 Aout Casablanca

Casablanca le



Spécialiste de la Thyroïde

أخصائي الغدة الدرقية

20 طبيب سابق بمستشفى
غشت الدار البيضاء

الدار البيضاء في:

24 Mars 2023

TOUIMI-BENJELLOUN HAMZA

COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 5 jours

40,00

SEPCEN 500

1 comprimé 2 fois par jour * 5 jours

74,80

DOCIVOX SIROP

1 cam x 3 / jour pendant 7 jours

69,00

TABUNEX

2 pulv le matin pendant 3 mois

102,10

265,90

PHARMACIE SOULAIMA

YOUSRA LAHABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie»
Bd. de Fes Imm.1 Californie
Casab. Tel: 06.22.21.98.94

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 06 10 88 02 37





M° Lot: 2UW782
Fab.: 02/2022
Per.: 02/2025

PPV: 102,10 DH

卷之三

SEPCEN® 500 mg

SELENIUM
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page.

6 118000 230182

1

PPV: 40DH00

PER:12

LOT: L4236



Cotipred® 20 mg

Compre prednisolone

20 comprimés effervescents séchés

20 comprimés effervescents sécables

6118000041016

L51 .058220-
PERIOD 11/2020
L51 74.84 01

PHARMACIE SOULAIMA

BD DE FES RES LES JARDINS DE CALIFORNIE 2 IMM2 MAG1 CASA CALIFORNIE CASABLANCA
ICE:001066580000088
Tél : 05-22-21-98-94
Patente : 34000143 IF 51001615 CNSS 2706127

Facture N° 417 885 Du 25/03/2023

TOUIMI-BENJELLOUN HAMZA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	COTIPRED 20MG /20 EFF	1	40.00	40.00
CO	SÉPCEN 500MG	1	74.80	74.80
SI	DOCIVOX PM	1	49.00	49.00
GO	TABUNEX	1	102.10	102.10
4	Total	4		265.90

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm.1 Californie
Casab Tel: 05 22 21 98 94