

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

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.

N° W21-644677

125487

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12985

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADDI MOURAD

28.09.83

Date de naissance :

Adresse : Rés. ELNARHIL Immeubles n° 27 Sidi

Présent à CASA

Tél. : 0522 99 94 19

Total des frais engagés :

483,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Dr. Haddi Mousaib

Age : 4

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Proneuritis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

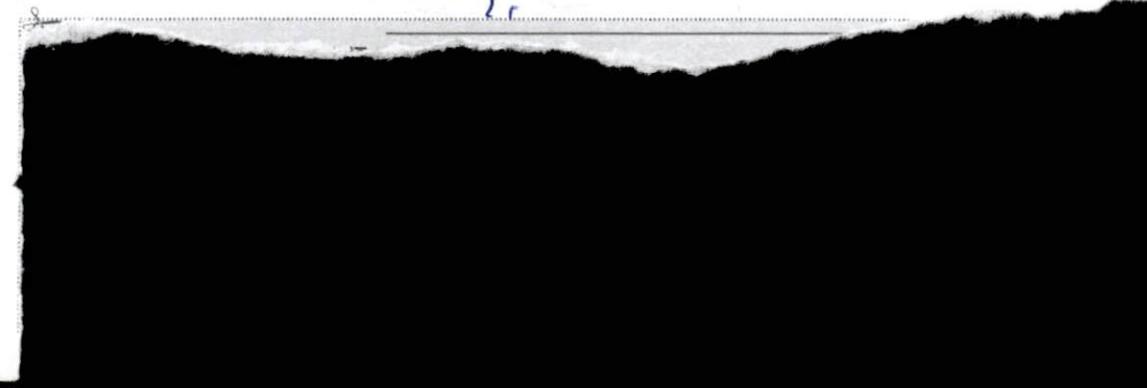
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 30.03.2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
7.3.23	1 c	1	300HT	INP : 091008276

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA DÉCOUVERTE Lot. A. 09/3/2013 Casablanca 1829 Sidi Mousa Casablanca 0522.97.32.22. Fax: 0522.97.57.45	Date : 09/3/2013 Lot. N° 7	183.60 DT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 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																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia ALIOUA

Pédiatre



د. نادية عليوة

إختصاصية في أمراض
الأطفال والرضع

Dr. ALIOUA NADIA
Pédiatre - EIG 1
Lot. Moustakbal - Immeuble N° 9 - Casablanca

Casa le : 7.3.23

- 15 €

- 24000 my neog
66. N° 12 x 31 j 7 j.
30.90
21.40-
183.60

Bevaf Néne

160g 1 j sj aff
- Burkamy 1 my suff.
1 cu x 31 j x j aff
1 cu x 31 j x j aff

Conseil
PHARMACIE DE LA
Route de Sidi Moustakbal, Lot N° 7
Tél. : 0522 97 32 23, Fax : 0522 97 57 46
Dr. ALIOUA NADIA
Pédiatre - EIG 1
Lot. Moustakbal - Immeuble N° 9 - Casablanca

LOT : 5246
PER : 12 - 24
P.P.V : 30 DH 00

Lot. El Moustakbal Immeuble N° 9 , 1^{er} Etage, Sidi Maârouf (à côté de BIM) - Casablanca

05 22 58 45 26

07 62 31 01 49

ZAMOX

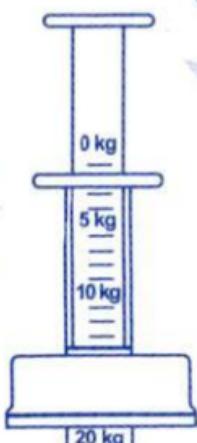
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Poudre pour suspension buvable en flacon

Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 66DH10

LOT L3708 PER 11/24

BUTAMYL®

Salbutamol

Composition :

Salbutamol (s.f. de sulfate) 40 mg
Excipients q.s.p 100 ml
Excipients à effet notoire :
parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle,
sodium.
Flacon de 150 ml contenant 60 mg de
salbutamol, soit 2 mg par cuillère à café
de 5 ml.

AMM N° : 167DMP/21/NRQr

BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon de 150 ml



P.P.V. : 21,40 DH



6 118000 190189