

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- 0035269

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 170323
 Nom & Prénom : Rachidi Hassan
 Date de naissance : 05 07 1960
 Adresse : /
 Tél. : 0661317267 Total des frais engagés : 664, - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/05/2023
 Nom et prénom du malade : DRONICH KHADJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection rhumatismale
 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 :
 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
02-05-2023				
07-06-2023	€	300 DHS		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 02/05/23	06/2023	 243,00 121,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le: 02-05-2023 في الدار البيضاء.

M^{re} DRIONICH KHADJA :

1263072

1) Augmentin sachet 1g;

1 Sachet x 2 / jour

(Après repas).

19,60

2) D-Cure forte:

67,10

1 ampoule / mois

3) Ultrakam : 2 gélules x 2 / jour x 1 box.

x 6 jours

243,00

Pharmacie du Village
 Dr. Nezha EL Fihri
 Docteur en Pharmacie
 Angle Rue Rouin & Mohamed Abdou
 Quartier Palmier - Casablanca
 Tél: 0522 25 14 67
 INPE: 092017342

Dr. Nezha EL Fihri
 Médecine Interne
 38, Boulevard Bir Anzarane
 Casablanca 33 34 / 35
 Tél: 05 22 99 33 34 / 35



poudre pour suspension
 buvable en sachet



1g / 125 mg

AUGMENTIN
 AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g / 125 mg
 sachets

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

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
 LOT: 651416
 PER: 11/24



MCP220MA003118
09/09/2018

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

16

3 أمبولات للشرب

قوي® كتر-ب

كوليكا السيفيتروك 100 000 وحدة دولية
D3 فيتامين



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



Pharmasudmarché



Casablanca le: 07.06.2023 في الدار البيضاء.

M^{re} DRIOUICH KHADIJA:

1. METHOTREXATE 25mg/1ml:

12.5 mg / semaine en intramusculaire.

Ait (0.5 ml)

40150 x 3

2. Tardyferon 80 mg:

1 cp / jour

x 3 mrs.

3. Ac fol 5mg.

T = 121.50

2 cp / semaine à prendre
2 jours après le méthotrexate.Mme. Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
37, Boulevard Bir Anzarane
Tél.: 0522 25 09 78 - Casablanca319334
6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH