

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03682

Société : MAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALLI FETTA CHI KHALID

Date de naissance : 08/08/66

Adresse : 08 LOT 1110 CALIFORNIA

Tél. : 0661065391 Total des frais engagés : 797,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Professeur MOKRIM B.*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *CHIURGIQUE ET*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *CHIRURGIQUE ET*

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 Le : 11/08/2013

Signature de l'adhérent(e) : *SA*

SA</i

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
12.08.23	Consultation	100	100	Professeur MOKRIM B. OTORHINO LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLOFACIALE 198, Bd. Ghandi - Casablanca Tél.: 022.99.42.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourpisseur	Date	Montant de la Facture
RECEUILLIE ET EXÉCUTÉE PAR PHARMACIE D'ESPAGNE	12.08.23	202.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
RECEUILLIE ET EXÉCUTÉE PAR PHARMACIE D'ESPAGNE	12.08.23		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصححة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

12. 08. 2023

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

LOT N°: 40/00
UT. AV: 
PPV (DH):  

Mr. Skalli Fettachi Anas

222.00
7

1) Argentina

W. S. 1 - 1 - 1 - 1 | j (07) 8

2) Reduindo g

$$2180 \quad 3 - 0 - \text{S.V.} \quad (03-15)$$

(E) Polydex

M. 0

49

Dolysiane 1F



0 - 1 | 8

Si douleur.

✓ 297.8 C

PHARMACIE
DOKERIE
15, Bd. Ghami, Casablanca
0522 51/08 Casablanca
0522 51/08 Casablanca

Professeur MOKRIM B.
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
195, Bd. Ghami, Casablanca
Tel: 022.99.42.41

Composition :
Sulfate de néomycine (DCI).
hydroxyde de sodium

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler



21,80





puvable en sachet
poudre pour suspension

1g / 125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

Sachets

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

Lire la notice attentivement avant emploi.

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 650913
PER: 11/24



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Doliprane®

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

PPN: 14DH00
PER: 04/26
LCT: N810

Doliprane®
Paracétamol
Adultes
1000 mg