

# 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.

M22- 0052691

180376

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03682

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKALI FETTAOUI KHALID

Date de naissance : 08/03/66

Adresse : 1627 NIND CALIFORNIA

Tél. : 0661065396 Total des frais engagés : 875,42 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJELLOUANE NOURA Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ Le : 06/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

## 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.

## 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
02/09/23	2		100,00	Dr. GARRA Spécialiste 10/10

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERICKSON KETIANI HOUANG Docteur en Pharmacie 101, Bd El Hachemi El Fila 101, Bd El Hachemi El Fila EX Taddei California - Casablanca Tél: 05 22 52 30 51 / 05 08 38 98 55	2/09/23	322,70
	2/09/23	252,70

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPI			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS
	B 35533411			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chraibi Mohamed Chakib

## CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3eme Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشريبي محمد شبيب

## عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة و جراحة الوجه و العنق

82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن  
عمرارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le :

0451613

الدار البيضاء، في

# جوج

®

40  
ملبغ

إزومبرازول

28  
كبسولة

عن طريق الفم

جذات حببية مقاومة للعصارة المعدية



5  
PHARMAX

3163  
03-26  
216 DH 00

LOT : 3163  
PER : 03 - 26  
P.P.V : 216 DH 00

# جوج

®

40  
ملبغ

إزومبرازول

28  
كبسولة

عن طريق الفم

جذات حببية مقاومة للعصارة المعدية



5  
PHARMAX

3163  
03-26  
216 DH 00

LOT : 3163  
PER : 03 - 26  
P.P.V : 216 DH 00

**Composition**

Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

**Instructions d'utilisation :**

Agiter avant utilisation.

Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans :

1 - 2 sticks après les repas et au coucher.

Enfants de moins de 12 ans : 0,5 - 1 stick après les repas et au coucher.

LOT 2302002

EXP 2026/01

PPC 70 DHS

LOT



# REFLUXAID®

*Stick*

4 Sachets monodoses

reflux