

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036987

Maladie

Dentaire

Optique

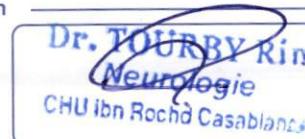
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6640	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A8341A
Nom & Prénom :		TOURBY Boucraïb	
Date de naissance :		26/01/1960	
Adresse :		Rue 39, N° 45 LAYMOUCHE	
		20190 CASABLANCA	
Tél. :		0642312716	Total des frais engagés : 324,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/23

Nom et prénom du malade : TOURBY Boucraïb Age: 63

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 : / /

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
10/11/23			G	Dr. TOURBY Rim Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca

*HARNAUD NATIONALE N°1
Rue d'Oradour
Oasis Casablanca
Taxis 1125 08 84 84*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	38/11/23	3741,60
	10/11/23	

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 10/11/93

ORDONNANCE

Docteur :

TOURBY Bouchra b

222,00
1 Augmentin 1/2 sachets

1 sachet x 31/2 pdt 70

102,60

21 Aenus

5 mg

0 - 0 - 1

PHARMACIE NAPOLEON
Rue d'Oradour Glane N°1
Oasis-Casablanca
Tel: 05 22 25 08 84

Dr. TOURBY Rim
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

324,6

أيريوس
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص
ملمسة

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine

voie orale

30 comprimés
pelliculés

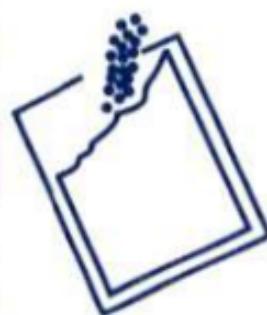
LOT: 111
PER: JUN 2025
PPV: 102 DH 60



MSD



buvable 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... مرّة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلا... يو...

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPU : 222,00 DH

LOT : 650802

PER : 08/24



Augmentin est une marque déposée
sociétés du Groupe GlaxoSmithKline