

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.

M23-0019192

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : Rotam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RIMAoui RAHAL

1843

196967

Date de naissance :

Adresse : Hab. Inelle

Tél. 05 22 53 24 40 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RAHAL RIMAoui Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : Injection

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 : El Jadida

Le : 27/10/2014

Signature de l'adhérent(e) :

RIMAoui



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
15/2/24	03		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY Hicham ABOU TAKA Docteur en Pharmacie 25 bis Av des Peuples Casablanca Tel 05 22 88 05 25</p>	15/02/24	374,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

15/02/24

Mr. HAY RAJA

18742
374/00
Centre de soins et de soins
(Examen 1)



PHARMACIE HAY RAJA
Hicham ABOUTIKA
Docteur en Pharmacie
25 bis Av des Pléiades Bd. Anoual
Hay Raja | Héritage
Casablanca | Tél: 05 22 86 05 25

1181932



Pour 1 ml de solution: iohexol 647 mg q.s.p.

300 mg d'iode.

Excipients: Trométamol, HCl, édétate calcique,

'eau, P.P.L.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas

+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons lombants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une

température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 مل. يحتوي على: ابواكسول 647 مل.

1 مل. يحتوي على: 300 مل. بروبروكاربوفيل، حمض

البوتاسيوم، اسيتاتات البوتاسيوم،

Barcode: 037960 644077

AMM N°: 10019 DMP/21/NRQ

EXP /
: بهبهان
Lan[®] :
07-2026
16553630
1201828 MAR



Medicamente soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance
دواء يسمى على وصفة
مدين طرق العلاج
Détenteur de la DT :
GE Healthcare AS
Nycoven 1, 1.O Box 4220 Nydalen,
NO-0424 Oslo, Norway.
Distribué par : Cyclopharma S.A. (ex B.A.
Z.I. Ouled Solti, Boulaouen, 27120 Casablanca

