

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

199934

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12569

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IFRI QUIINE ISMAIL

Date de naissance : 28/02/1987

Adresse :

Tél. : 0661038501 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/01/2024

Nom et prénom du malade : IFRI QUIINE ISMAIL Age : 37

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aigre

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'adjudicataire de la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 11/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Matures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/2024	C.S		300.00	Dr. HAJI KAMAL Docteur en Médecine - Réanimateur Prothésiste - Réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HAJI KAMAL Docteur en Médecine - Réanimateur Prothésiste - Réanimateur	11/01/2024	201.10

ANALYSES - RADIographies

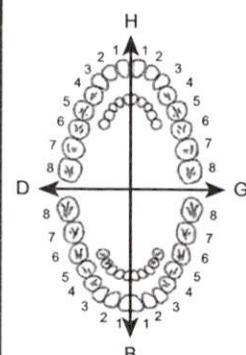
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

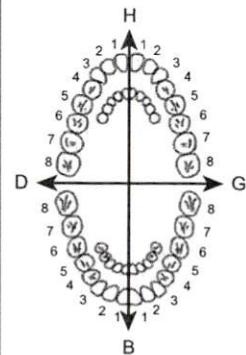
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

COEFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUT

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

11/01/24

M. Ffriquine Ismail



1) Augenentz 1g 12630

2 fls polv 03 gr



74.80

2) Sepcon 500 001 01112011
2 fls polv 03 gr



37



٥٠٠ سببٌ

سيروفولوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



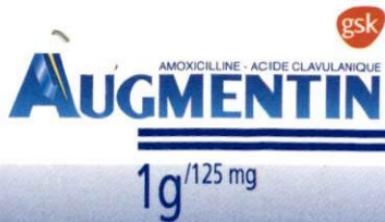
6

118000230182

يجب اخراجم الجرعات الموصوفة

IBERMA

EAN : 3 18000 23018 2
SER : 07/2026
PPV : 24.80 DH



poudre pour
suspension
buvable
en sachet

أوغمنتان ١ غ / ١٢٥ ملخ
أموكسيسيلين / المضمض كلارافلاينك
مسحوقي لمستعلق في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات
حساسية. ينصح بعدم عن متناول
وزرائى الأطفال، تحت درجة
حرارة أقل من 25° ويعد عن
الرطوبة.
اقرأ الشرة بانتهاء قبل
الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de
Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42 - 44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou Hamed
AlGhazali, Casablanca
20 000



..... 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

PPU: 126,30 DH
LOT: 652729
PER: 05/25



مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

11/01/2024
Casablanca, le

NOM: MR IFRIQUINE ISMAIL
MEDECIN traitant:DR HAJI KAMAL

FACTURE0001129

<u>DESIGNATION</u>	<u>TOTAL</u>
CONSULTATION	300
	300DH

Arrêté la présente facture à la somme de

*CLINIQUE MAGHREB
Service des Urgences
Avisé non Administratif*