

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

W21-835379

199934

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IRIQUINE ISMAIL

Date de naissance : 28/02/1987

Adresse :

Tél. : 0661078501 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAJI KAMAL
Docteur en Médecine
Anesthésiste - Réanimateur

Date de consultation : 11/01/2024

Nom et prénom du malade : IRIQUINE ISMAIL Age: 37

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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'at médecin conseil 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
	C.S		300 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/01/2024

201.10

092 10 70 34

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

AM

PC

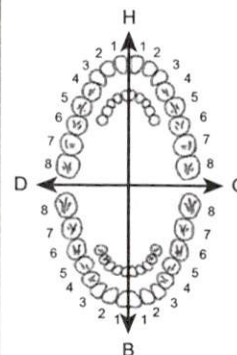
IM

IV

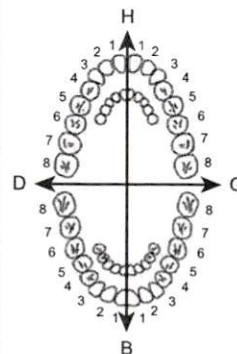
Montant détaillé des Honoraires

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

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

COEFFICIE
DES TRAV.

MONTAN
DES SOIN

DATE D
DEVIS

DATE D
L'EXECUT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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^r Ffriguine Ismail

Dr. HAJI KAMAL
Docteur en Médecine
Anesthésiste - Réanimateur

1) Augustin 19 12630

2 fls polr 03 ju



2) Saper 500 l

2 fls polr 03 ju

74.80

20110



Dr. HAJI KAMAL
Docteur en Médecine
Anesthésiste - Réanimateur
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40
Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Dr. HAJI KAMAL
Docteur en Médecine
Anesthésiste - Réanimateur

سيبسين[®] 500 مغ

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

LUT: 153... 0
PER: 07/2026
PPV: 24.80 DH

gsk
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

**poudre pour
suspension
buvable
en sachet**

أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ
أموكسيسيلين / الحمض كلافلو لانيك
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
12 sachets



6 118000 160175

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات
حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول
ومرأى الأطفال، تحت درجة
حرارة أقل من 25° وبعيدا عن
الرطوبة.
اقرأ النشرة بانتباه 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

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g/125 mg
sachets

..... 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

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



مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

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

Casablanca, le 11/01/2024

NOM: MR IFRIQUINE ISMAIL
MEDECIN traitant: DR HAJI KAMAL

FACTURE0001129

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

Arrêté la présente facture à la somme de

CLINIQUE MAGHREB
Service des Urgences
Avisé non Administratif