

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-466638

Maladie **Dentaire** **Optique** **A**

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 8612 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : Agouzoul Nohamet

Date de naissance : 15-03-1973

Adresse :

Tél. : 0698X80652 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Rachid INCHAOUN
Spécialiste des Maladies Respiratoires
13 Rue Ain Taoujoute - CASA
Tél: 05.22.48.08.94

Date de consultation : 03 OCT 2019

Nom et prénom du malade : Agouzoul ISSAM Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Respo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MU

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 : ACCUEIL / Le : 17 OCT 2019

Signature de l'adhérent(e) : Agouzoul ISSAM

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le Paiement de
3 OCT 2019	CV	250		INP 09158856

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur
 pharmacie ATLAS
 Dr. Ibtissam LYASSI
 41, Bd Idris 1er Casablanca
 Tél: 0522 30 79 18

Date	Montant de la Facture
03/10/19	1107,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

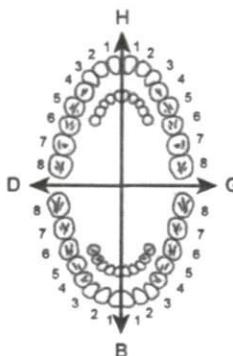
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

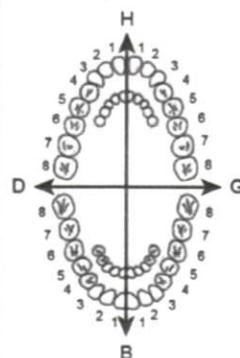
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

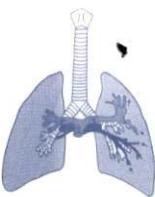
Dr, Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires

Diplômé de la Faculté de médecine

de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السل - الحساسية

Mr AGOUZOUL Issam

03.10.2019

Casablanca, Le :

307,00 x 3

1 SINGULAIR 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

86,50

2 CLENIL FORT

Inhaler 1 bouffée le soir, pendant 30 jours.

99,70

3 LABIXTEN 20 MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 30 jours.

1107,20

Dr Rachid INCHAOUH

Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
13, Rue Ain taoujatate - CASA
Tel.: 05 22 48 08 94

pharmacie ATLAS

صيدلية أطلس

Dr. Ibtissam LYOUBI
41, Bd Idriss 1^{er} Casablanca
Tél: 0522 30 79 18

زنقة تكين توجطات ٠ إقامة إلیاس ٠ الطابق الأول ٠ قرب مصحة بدر ٠ الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

Tél.: 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40

الهاتف :

(الج)

nader

LOT : 14519008
PER : 06-2024
PPU : 99,70 DH

30 comprimés
Voie orale

LABIXTEN®
20 MG Bilastine



FAES FARMA

Médicament autorisé n° 34009 346 141 1 8

Singulair® 10 mg, comprimé pelliculé

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

74773/310314-1

Médicament autorisé n° 34009 346 141 1 8

Singulair® 10 mg, comprimé pelliculé

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



6
118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

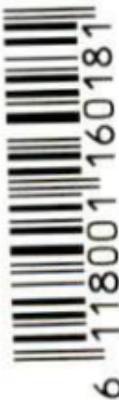
74773/310314-1

Médicament autorisé n° 34009 346 141 1 8

Singulair® 10 mg, comprimé pelliculé

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

74773/310314-1

CLENIL FORTE®

Béclométasone dipropionate

Flacon de 200 Doses

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241201

86,50