

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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.

Matricule : 767 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

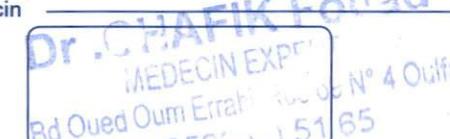
Nom & Prénom : LABDAA Med.

Date de naissance : 1941-

Adresse : Hay EL ALIA Rue 3 N° 28 ouffa casa.

Tél. : 06.65.32.81.-66 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/20

Nom et prénom du malade : LABDAA Khader Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr-fete + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 JUN. 2020

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) :

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
01/07/2010	g		100000	DR M. BOURGEOIS LE MEILLEUR MEDICIN DU QUARTIER 15/07/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/20	1170,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

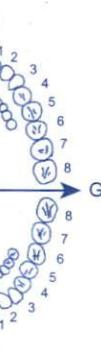
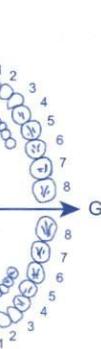
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411			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'EXEC

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبر محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 26/03/10

ASBDAA Khady

26,90 x 3

- Odia 1mf



158,40 x 3

- Odia 10



23,80 x 3

- Khady 180



100,00 x 3

- Fibrocord 180



81,00 x 3

- Fibrocord 180



Traitement de 3 m.

1170,30





30 comprimés

Glimepiride
Odia® 1 mg

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26,90

أوفيا®
أوفيا
أوفيا

غليميريد

ج



ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP



Remboursable AMO



6 118000 022015

دواء
Othema



30 comprimés

Glimepiride
Odia® 1 mg

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26,90

أوفيا®
أوفيا
أوفيا

غليميريد

ج



ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP



Remboursable AMO



6 118000 022015

دواء ملخصاً
Othema



30 comprimés

Glimepiride
Odia® 1 mg

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26,90

أوف
تيلا

لابوراتوري

ج



ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015

دواء موصى به
Othema

Fibro card[®] 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
AMIL
Minigranules

LOT 18 F29/A 2

PPV 06 2022

81.00 DH

Voie Orale

6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg

30 gélules

Réimboursable AMM

Fibro card[®] 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
AMIL
Minigranules

LOT 18 F29/A 2

PPV 06 2022

81.00 DH

Voie Orale

6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg

30 gélules

Réimboursable AMM

Fibro card[®] 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
AMIL
Minigranules

LOT 18 F29/A 2

PPV 06 2022

81.00 DH

Voie Orale

FIBROCARD 240 mg

30 gélules

Réimboursable AMM

6 118001 070701

Fibro card[®] 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
AMIL
Minigranules

LOT 18 F29/A 2

PPV 06 2022

81.00 DH

Voie Orale

6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg

30 gélules

Réimboursable AMM



Fibro card[®] 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
AMIL
Minigranules

LOT 18 F29/A 2

PPV 06 2022

81.00 DH

Voie Orale

6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg

30 gélules

Réimboursable AMM



Olmétec®

10 mg

Comprimé pelliculé

Olmesartan médoxomil



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

نَفِيدُ تَعَالَماً بِالْجَرْعَاتِ الْمُوْصَوَّفَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
لا يترك في متناول الأطفال و لا على مرأى منهم

6

118001 101207

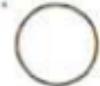
OLMETEC® 10 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca

Pharmacien Responsable:

AMINA DAOUDI
PPV: 158,40 DH



21/NRQ

Olmétec®

10 mg

Comprimé pelliculé

Olmesartan médoxomil



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

نَفِيدُ تَعَالَماً بِالْجَرْعَاتِ الْمُوْصَوَّفَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
لا يترك في متناول الأطفال و لا على مرأى منهم

6

118001 101207

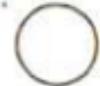
OLMETEC® 10 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca

Pharmacien Responsable:

AMINA DAOUDI
PPV: 158,40 DH



21/NRQ

Olmétec®

10 mg

Comprimé pelliculé

Olmesartan médoxomil



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

نَفِيدُ تَعَالَماً بِالْجَرْعَاتِ الْمُوْصَوَّفَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
لا يترك في متناول الأطفال و لا على مرأى منهم

6

118001 101207

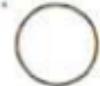
OLMETEC® 10 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca

Pharmacien Responsable:

AMINA DAOUDI
PPV: 158,40 DH



21/NRQ

LAPORHAN
لابورهان



٣٠

١٦٠ مجم

اسکاردل®

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

FFV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1

LAPORHAN
لابورهان



٣٠

١٦٠ مجم

اسکاردل®

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

FFV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1

LAPORHAN
لابورهان



٣٠

١٦٠ مجم

اسکاردل®

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

FFV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1