

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.

N° W19-505507

35620

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7281

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOUCHANE EL MOSTAFA

Date de naissance :

26.02.68

Adresse :

LOT. VIOLETTE, RUE 2, N°37, CALIFORNIE,
CASABLANCA

Tél. :

06.61.14.30.00 Total des frais engagés : 1086 + 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e)

Le : 04/10/2010

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
2/11/2016	Ca		2532	DRIZ CHAD Signature : Date : 22/05/16 Ceinture : Caboianca

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KINDIS AZAZZOUK Tél. 0522 50 12 57 S. Ain Haouia - Casablanca	27/07/20	1086,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'IDDE.

Cetolerg® 10 mg
15 Comprimés pelliculés



اختصاصي في أمر
البيطري
البيطري
البيطري

Cetolerg® 10 mg
15 Comprimés pelliculés



خريج كلية الطب
طبيب داخلي سان
أمراض الرئة، الصدرية،
نفسم الوضعية التنفسية
الفحص بالأشعة التتنفس

Cetolerg® 10 mg
15 Comprimés pelliculés



aculté de Médecine
ICE - Ancien Interne
France

atoires, Tuberculose
e Respiratoire
tionnelle Respiratoire
rigique
nonaire - Bronchoscopie

6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

Cetolerg® 10 mg
15 Comprimés pelliculés



6 118000 140832

تور عبد العزيز الشادلي

DR. ABDELAZIZ CH

Aeromax 100µg/dose

Flacon pulvérisateur

6 118001 110360

02/07/2020

ABOUCHANE SABRIN

15

100.00 X 3 / 420.00

Saflu 125

2 inhalations le matin et le soir, pendant

Cetolerg cp 10 mg/Bte 15

1 cp par jour, le soir, pendant 3 mois

aeromax

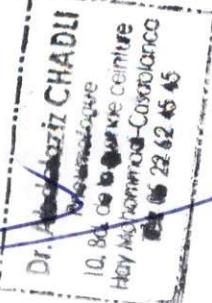
Chaque Jour(s), 2 Gouttess, 2 fois par
pendant 1 Mois

16.60 Systral :

15

1286.5

PHARMACIE AL KINDI
Dr. TAOUFIK BABA
48, Rue 1, Lot Hafida
Les Crêtes, An Chock - Casablanca
Tél. 05 22 50 72 57



Systral® 15 mg
Crème 20 g



6 118000 030515

0661 41 88 03 - 0522 62 45 45 - المحمدى الهاتف : 16، شارع الحزام الكبير، تجذة نادية، الطابق 2

16, Bd. Grande Ceinture, Résidence Nadia, 2ème Etage - H. Mohammadi - Tél: 0522 62 45 45 - GSM: 0661 41 88 03

ORDONNANCE