

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 canalaire, 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 canalaire.

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

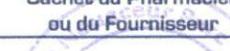
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-442527

SD: 373451

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 17 632	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOSLEH SALMA
Nom & Prénom : MOSLEH SALMA			
Date de naissance : 02-12-88			
Adresse : LA PERLE DE NOJACER 2 IMM 6 APP 10 NOJACER			
Tél. : 06.62.05.14.83	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
  19 AOUT 2020			
Date de consultation : 11/06/2020			
Nom et prénom du malade : M. MOUSLEH Salma Age : 38			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rhinopharyngite			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Fait à : DEDOU			
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 : DEDOU			
Signature de l'adhérent(e) : 			
Le : 11/06/2020			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	11/05/2020	203,2

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Nature des Soins (Nature of treatments: Masticatoire, Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)	Coefficient (Coefficient table with 10 rows for each treatment)	INP : <input type="text"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>															
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient table with 10 rows for each treatment)	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
						H	25533412	21433552													
						D	00000000	00000000													
						B	00000000	00000000													
							35533411	11433553													
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																			
DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																			
DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
(List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)																					
(List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)																					
(List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)																					
(List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)																					

DR. Houda BOUANANE
Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بو عنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 11/06/2020

Mme MOSLEH Salma

١١٦١٥

SAPHIR 1 G

1 sach 2 / j, pendant 8 jours

٦٢,٥٠

PREDNI 20 MG

3 cp / j, le matin, ap rep, pd 5 js



STERIMAR HYPERTONIQUE

6 pulv minimum / j, ds chaque narine

٦٥,٢٥

XYZALL 5

1 cp / j, le soir



DOLIPRANE 1000 MG

1 cp efferv X2 / j, ap

٢٥٣,٢٥

*Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Maklouf 2 N° 228 appart N° 1
Deroua - Berrchid
Tél : 05 22 51 59 13*

جزء مخلف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد
Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid
E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com



14 comprimés pelliculés
Dichlorhydrate de Lévocétrizine

Xyzall 5 mg

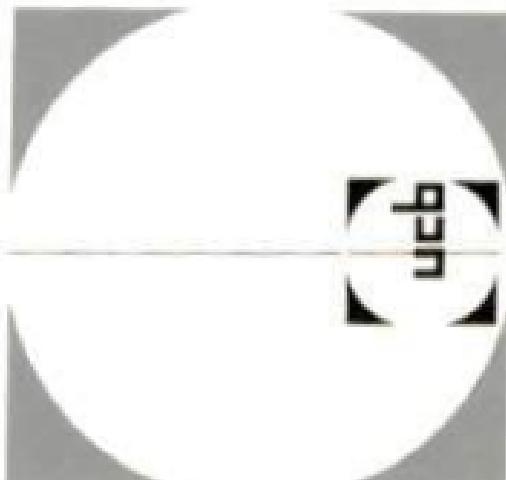
45.00

LOT 202202 2

EXP 01 2024

PPV 45 22

Xyzall 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétrizine*

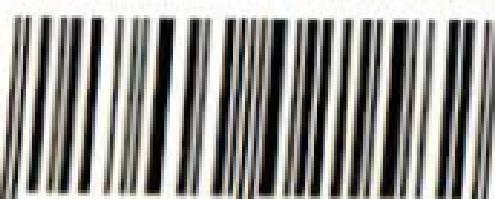


Xyzall 5 mg

14 comprimés pelliculés



Non remboursable AMO



6 118000 021582

سفير®

اموكسيسيلين
حامض كلافيلازيك

125/
ملع 1

عن طريق الفم



مسحوق لاجل محلول للشرب

16 x

لللكبار

مدة: صباح زوال مساء



COOPER
PHARMA

PPV: 116DH00
PER: 09-22
LOT: I 1981

PREDNI 20

Cooper — Prednisolone

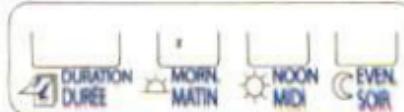


20 mg

Voie orale
Oral route

Comprimés
effervescents
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



 COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110

Casablanca, Maroc / Morocco

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

ر.نف. محمد الدوادي 20110 الدار البيضاء المغرب

صيغلي مسؤول : أمينة الدوادي

LOT N°:

42,00

UT. AV:

PPV (DH):

42,00