

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9563**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAAMRI

Med REDA

Date de naissance :

13 - 10 - 1970

Adresse :

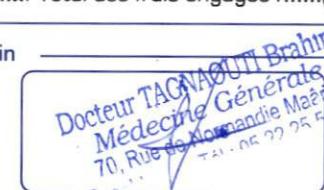
**RESIDENCE MANZAH CALIFORNIA
VILLA 20 FL JADIDA**

Tél. : **0663443423**

Total des frais engagés : **# 912,50 -** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/8/20

Nom et prénom du malade :

Elmo Tamefik Hanais

Age : **43 ANS**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension

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 : **CASA**

Le : **22/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Signature]



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
22/08/2020	2	51	200,00	Docteur ZAGNAOUA Médecine Générale 70, Rue de Normandie 75013 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
"Pharmacie TIMOUYASSE Dr. TIMOUYASSE Naim 74; Av. Bir Anzarane Tél-Fax:35.16.88 El Jad"	22.08.2020	712,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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'EXECUTION

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux .
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التڭناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 59 32

Casablanca, le

22 April 2020

الدار البيضاء، في

Urg Toux fte Hanane

22,00

Clavac 10

S.V

90,50

Xyzall

S.V

291,00 x2

= 582

Foxal 100 mg N°2

18,00

Snuff x 28

Doliprane Vite

Tot = 712,50

S.V

نارصي فارما
ال TIMOUVASSÉ Naini
14, Av. Bir Anzaran
Fax: 35.16.88 El Jadida

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca +21 05 22 25 59 32

PPV18DH00
PER 10/22
LOT 12361
S2

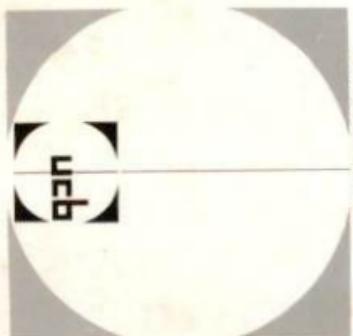




Lot: 118000 Date: 02/1599



28 comprimés pelliculés
Xyzall® 5 mg



PPV 90 50
EXP 11 2023
LOT 192542 1
10/16

Xyzall® 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétirizine
28 comprimés pelliculés

délivrance aux patients:

au réfrigérateur entre 2°C et 8°C

délivrance aux patients:

à une température ne dépassant pas 25°C
par les pharmaciens:

à date de délivrance aux patients sur
une étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'étui.

qu'il ya une période d'au moins de 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
de l'étui.

à effet notoire: éthanol anhydre



Foster 100/6μg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

ECTER LES DOSES PRESCRITES
AIS A PRESCRIPTION MEDICALE

vant la délivrance aux patients:

Conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C

Après délivrance aux patients:

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Pour les Pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance aux patients sur
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l' inhalateur.

S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
inscrite sur l'étui.

Excipient à effet notable: éthanol anhydre

Foster 100/6 μ g, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOUmis A PRESCRIPTION MEDICALE

كادر تياب

مع 10

أقراص 10

راتادين

باد للحساسية

LOT : 5174

UT.AV : 09 - 22

P.P.V : 22 DH 00