

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

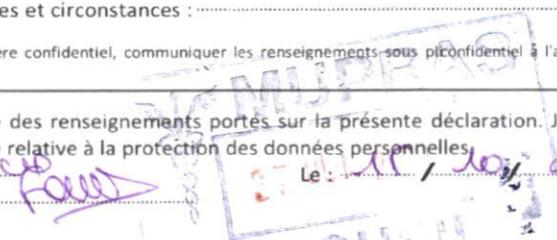
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-579361

45478

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2160	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom :		FARID FATHIA = ZBOUFTA	
Date de naissance :		10-12-1965	
Adresse :		Residence RAM 6ème Etage Bld J. Ben Abdellah	
Tél. :	0661402879	Total des frais versés :	650.80 DH
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Farid Fathia Ezzahra Age: 54			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Jean Azzahra			
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 (LG) Le : 11/10/2020			
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
11/09/2010	A.	6		 INP - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Direction Régionale de l'Assurance Maladie 10 rue de l'Amiral Charcot 75007 Paris Tél : 01 53 28 35 77 - Fax : 01 53 28 35 77 E-mail : Sami-10.Etage-Boite-001@inrs.fr Date : 01/09/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Nadia Pharmacie LARAHAMA 15-10-20 <small>15-10-2020</small> <small>Tel.: 0522 20 28 00</small>	15-10-20	650,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
 D H G B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
 D H G B	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Composition : Clarithromycine 500 mg. Exipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé.

Exipients q.s.p. 1 comprimé contenant 7 g de clarithromycine. Boîte de 14 comprimés.

AMM N° 10114 DMP21 INCIF

G Laboratoires GALÉNICA Casablanca - Maroc

MYK 1%

LOT : 200506
UT AV : 04/2023
PPV : 199,00DH

ions traumatiques ou infectées,
utiliser? Etendre une couche d'un

essuyé soig

de gaze;

NOVOPHARMA

LOT

UT.AV

P.P.V

harmo,

harmacien Res.

e, cosmétologie et lasers - Besançon

ie - Montpellier

es du système - Paris

Casablanca le : 15.10.2025

الدار البيضاء في:

64,50

87,30



Hme FARID Fatima Ezzehra.

1- Tegeme 4 p 250

87,30 1 p 1 poft 1 mois

2- Dermofix creme

64,50. le soin ne les frions.

3- Qyt lotion

140,00 le soin ne les frions.

4- Detox cream; 1 app/2j ne les frions.

160,00 5- Claril 100 p;

1 p 2j poft

PHARMACIE LA HAJAJMA
Nadia ZEMMAMA
rue de Phare Résidence Tajour
Casablanca . Tel.: 05 22 20 28 67

Dr. Ossama
Dermatologue -
Angle Bd. Tantant et Avenue
Rés. Sami 1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 36 55 77 / Gambar

650,80

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijlmasi (ex. Bd du phare), résidence Sami,
1er étage, Appt 3 , Bourgogne - Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طانطان و شارع الدكتور سليماني (شارع المنار سامي)، اقامة سامي، الطاقي الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

الهاتف: 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77 - البريد الالكتروني : drbenhiba@gmail.com

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg.
Boîte PPV - 160,00 DH
Ref. 6 18000 191001