

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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 caractére 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

(46079)

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023524

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1246

Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

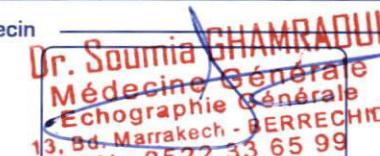
Nom & Prénom : Oulmi Maha Date de naissance : 1948

Adresse : 46 Rue Salam El houda II Berrechid

Tél. : 06 14 89 27 51 Total des frais engagés : 787,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2010

Nom et prénom du malade : SAIDANE Mahjuba Age :

Lien de parenté :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Soumia GHAMRADI

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
26/10/2010	C	xxi	150.00	<i>Soumnia GHAMRADE</i> cine Générale ch - ERRECHID 23 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la RECHID 261.10.2020 Fallaq MARAKCHI PHARMACIENNE 13 Bd Mohamed V Benchechid T61 - 06 22 32 40 68	26/10/2020	637,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté

de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى

Dr. Soumia Ghamraoui
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech, 33 6599
Berrechid, le... 26/10/2020
Bréshid

SAIDANE Mahjouba

99.00

① Addihra vital S.V.

65.00

1 cp J le matin.

② Agenos cp eff S.V.

40.00

1 cp J a midi.

③ Météospasmyl gel S.V.

1500 x 11

1 gel x 3 J, avant

④ Méformine 1000 S.V (11 B)

89.00

1 cp x 2 J

54.30

⑤ Diamicon 30 (2B) S.V

1 cp J le matin

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

VEPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E041
PER.: 05 2023

POSOLOGIE / - المقدار - HOR

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات