

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

entaire :

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

Reclamation : 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.

Matricule : **2279** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENMAÏH LOU F. Radid**

Date de naissance : **29/03/54**

Adresse : **294 AMERKIS II NARHIL**

MARRAKECH

Tél. : **0661311629** Total des frais engagés : **2262,80** Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **MALADIE CHRONIQUE**

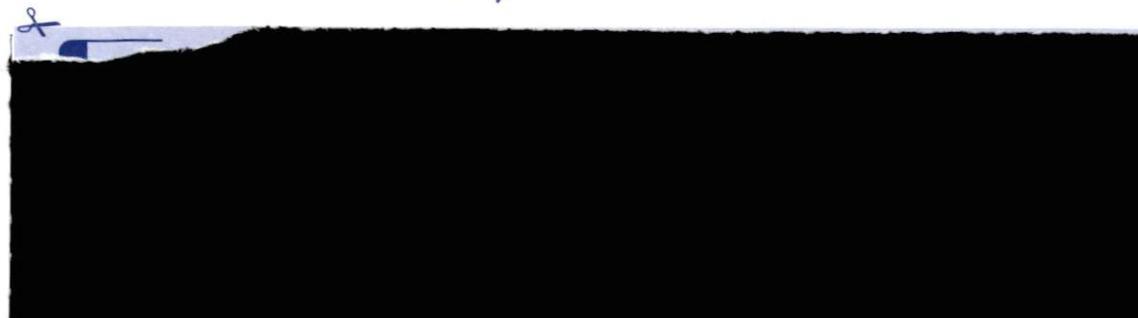
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **RAM** Le : **29/01/201**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CERTIFIÉE</i> INPE : 072011844	16/01/2011	2262,80 DHS

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

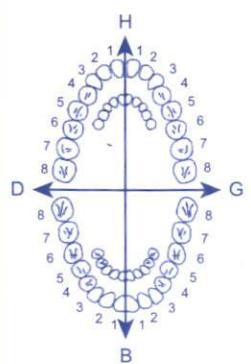
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ASSIF

Mme SEBTI Farida

219, Bd. Allal El Fassi Unité 4,
Daoudiate - Marrakech

Tél : 05 24 30 30 35

E-mail: faridasbt@gmail.com

RC : 40418



صيدلية أسيف السبتي فريدة

219، شارع علال الفاسي الوحدة 4

الدواویات - مراكش

الهاتف : 05 24 30 30 35

السجل التجاري : 40418

Marrakech le :

16/01/21

مراكش في :

Facture

M^r: Benmakkhlouf Rachid

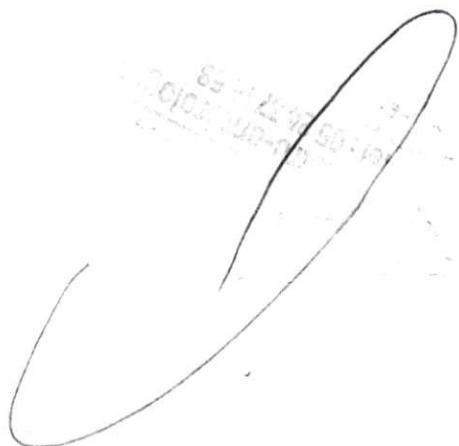
Quantité	Désignation	Prix	Total
01 -	Cortancyl 8mg	22,80	22,80
02 -	pentasa (CP)	58,00	116,00
04 -	pentasa lavenet	25,60	102,40
02 -	libraax	21,00	42,00
		<hr/>	<hr/>
			= 2262,80 DHS

PHARMACIE ASSIF
Mme SEBTI Farida
Docteur en pharmacie
219، شارع علال الفاسي الوحدة 4
Daoudiate - Marrakech
Tél : 05 24 30 30 35

4) librax \leftrightarrow X2
O - O - Λ (x 3mgs)

5) Bendix sachet

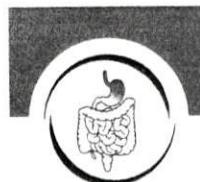
Λ - Λ - Λ (x15g)



MALADIE CHRONIQUE

RECTOCOITE HEMORRAGIQUE

Dr. Charaf Lalla Kelouma
Spécialiste En hépato-gastro-entérologie
et proctologie
Vidéo - Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale



دكتورة شرف للاكلنومه
عصائية في أمراض الجهاز الهضمي
كبد و البواسير
فحص بالمنظار الداخلي
فحص بالصدى الصوتي

1) Solupred 2 mg après le petit
jeuner

3 - 0 - 0

Cx 300 mg

puis 2 cp + 1/2 - 0 - 0 (x 80) X

puis 2 cp - 0 - 0 (x 80) X

puis 1 cp + 1/2 - 0 - 0 (x 80)

puis 1 cp - 0 - 0 (x 80)

puis 1/2 cp - 0 - 0 (x 80)

1x puis Constance 5 mg :

1 - 0 - 0

(x 100)

1/2 - 0 - 0

(x 100)

x2 2) Pentasa CP 500 après repas
337,- 2 - 2 - 2 Cx 300

268x4 3) Pentasa Laxement 1g Cx 2
0 - 2 - 1

Disponible sur www.dababoc.com

شقة 88، الطابق الأول، بلوك 1، إقامة البسيتين، شارع 5 كراسة، المحاميد - مراكش.

Annexe 20, 1er étage, Bloc 1, Résidence Al Bessatine, Avenue Guemache, Mhamid - Maroc

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV:256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA - Bouskoura



6 118001 070473

0202 20

S10627AA

01 2022

جیلی

13

Digitized by srujanika@gmail.com

FAB:

107

EXP.:

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV:256,00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA - Bouskoura



6 118001 070473

0202 20

S10627AA

01 2022

جیلی

10

Digitized by srujanika@gmail.com

FAB:

107

EXP.

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV:256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA - Bouskoura



6 118001 070473

0202 20

S10627AA

01 2022

גָּתָן

13

Digitized by Google

FAB:

Lot:

EXP.

PENTASA 1g/100ml

Suspension rectale

Boîte de 5 flacons de 100ml

PPV:256.00 DH

AMM N° 40 DMP/21/NRQ

Distribué par SOTHEMA - Bouskoura



6 118001 070473

0202 20

S10627AA

01 2022

גָּתָן

13

፳፻፲፭ ዓ.ም.

FAB:

107

EXP.:

PENTASA 500 mg

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

Respecter les
doses prescrites

يجب احترام
الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

liste II

القائمة
II

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

Respecter les الجرعتات الموصوفة
doses prescrites

Uniquement sur ordonnance
liste II

القائمة II

