

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° W21-782244

A48683

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11646	Société : RATM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUNABIR FATHIA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2662102063 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 17/01/2023	Age : _____
Nom et prénom du malade : Mounabir Fathia	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Asthme	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 FEV 2023	
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 : _____ / _____ / _____

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
17/01/23	SS		150 DH	 Dr. Sarah BELCAIDA Médecin Généraliste Tel: 0622 93 65 01 INPE: 061 92 83 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ATTANAOUIA Imme 11 MART Vendeur en pharmacie 13, Bd Al Moukaouama Lot Errout Berrechid - Tel: 0522 32 45 92	17-01-23	331.70

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

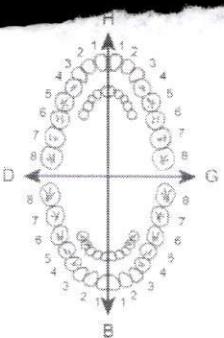
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

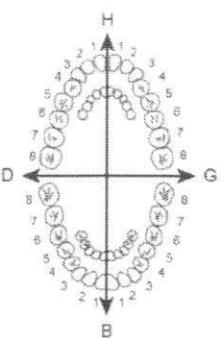
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع العمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le : 17/01/23

Pharmacie ATTANAOUIA ORDONONCIER	
Date	N°
17-01	11.093

109,- Mannah Fathia
 - Insomnie SV
 109,- Hanafi SV.
 - Dstress SV
 36,70 Legs Jr SV
 - Anxie SV
 11240 Jr le sein pt 06 V
puis 4144 Jr "
puis 4146 Jr seu 2"
 - Chalosplise SV
 331,70 Legs x2 SV
Legt 21 Jr
Legt pt 1 Jr

صيدلية
الأندية
Pharmacie ATTANAOUIA
Ordonancier
Dr. Sarah BELCAIDA
Bd Al Moudkaouama Lot Ennahar
Berrechid - Tel: 0522 32 45 96

شارع محمد الخامس بجزئه نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

FR

Pour 1 ampoule de 10 ml

Extrait de GINSENG	90 mg soit 11 mg de ginsénosides
Extrait de MATE	67 mg soit 14 mg
Extrait de GUARANA	130 mg de caféine

Conseils d'utilisation :

Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre 1 ampoule par jour, de préférence le matin, pendant 20 jours en période difficile ou 10 jours pour l'entretien de sa forme.

Un léger dépôt est normal, bien agiter l'ampoule avant utilisation.

Teneur élevée en caféine (14mg/ampoule), déconseillé aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes enceintes ou allaitantes.

EN

For 1 vial of 10 ml

GINSENG extract	90 mg i.e. 11 mg of ginsenosides
MATE e	
GUARA	

22051 0125

Instructi

Dilute the water & prefera during

in shape. A slighti

the vial vigorously before use.

High caffeine content (14mg/vial),

not recommended for children under 15 years old and pregnant or nursing mothers.

LOT

PER

Prix

109.00

JUVATONUS

GINSENG
TONUS

VIALS

PHYSICAL AND INTELLECTUAL TONIC

Alcohol free
Preservatives free
Colouring agents free
Gluten free

Ginseng

Mate

Guarana

100%
natural
origin

1 a day

10 DAYS PROGRAM

LABORATOIRES
JUVA SANTE

٥٠ فرصة قابلة
للكسر على اربع

أنксиول®

برومازيبام

6 مغ

LOT 221572
EXP 11/2024
PPV 36.70DH

عن طريق الفم

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables

6 118000 081111



سپماکو المغرب
SPIMACO MAROC

CHARBOPHILE®

Complément Alimentaire à base de
Charbon végétal activé+Fenouil

Ventre gonflé

Gaz intestinaux

Digestion difficile

L.0614
P: 03/25
P.U.C: 77.00 DH

30 gélules

Poids Net 12g

D-Stress®

Contient du magnésium, de la taurine,
de l'arginine et des vitamines B.

GÉREZ LE STRESS¹
RÉDUIRE
LA FATIGUE²

Lot: DS06/22
DLC: 06/2025
PPC : 109 DH