

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : FARISS Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 239, Rue TAZARINE 20000

Tél. : 06.06.51.12.12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : AICHA LOFIFI

Age : 56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alzéar, diabète, maladie Dmt

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 : Agadir

Le : 30/05/2023

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
26/07/2027				
15/06/2023				

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/23	228,00
	15/06/23	228,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

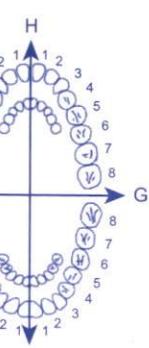
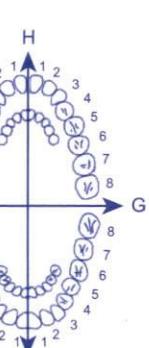
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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'ODF.

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			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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 Saloua KHLIJI

Médecine de famille

- ✓ Échographie générale
- ✓ suivi de grossesse
- ✓ Suivi pédiatrique
- ✓ Suivi diabète et HTA
- ✓ Conseils en dermatologie
- ✓ Conseils diététique



الدكتورة سلوى اخليجي

طبيبة الاسرة

- ✓ الشخص بالصدى
- ✓ نساء، رجال و أطفال
- ✓ متابعة و مراقبة الحمل
- ✓ متابعة السكري و الضغط
- ✓ نصائح التغذية و الحمية
- ✓ نصائح للأمراض الجلدية

Le : 30/05/2023

Note d'honoraire

INPE : 041186966

Nom et Prénom : **LOTFI AICHA**

Désignation	Montant
CONSULTATION	150,00
Total	150,00

Arrêter la Présente Note à la somme de : Cent cinquante dhs (150,00)

DR. KHLIJI Saloua
Médecine Générale
N° 24, Av. Aderrahim Bouahid
Lot. Atlasia, L. Jnadi - Ifrane
Tél: 05 28 33 83 59



Dr Saloua KHLIJI

Médecine de famille



الدكتورة سلوى خليجي
طبيبة الاسرة

- ✓ Échographie générale
- ✓ suivi de grossesse
- ✓ Suivi pédiatrique
- ✓ Suivi diabète et HTA
- ✓ Conseils en dermatologie
- ✓ Conseils diététique

- ✓ الفحص بالصدى
- ✓ نساء، رجال و أطفال
- ✓ متابعة و مراقبة الحمل
- ✓ متابعة السكري و الضغط
- ✓ نصائح التغذية و الحمية
- ✓ نصائح للأمراض الجلدية

Le :
15/06/2023

Mme AICHA LOTFI

116.70



NOCAND 150 mg

1 gel / semaine pdt 4 semaines

GYNOFLOL caps

1 caps intravaginale le soir pdt 14]

116.50

Dr. KHLIJI Saloua
Médecine Générale
Boulevard 33 83 55
El Madina Avenue 28 33 83 55
Tél. 05 24 96 32
N° 24, Avenue El Madina
Lot. Al Madina, 28 33 83 55
Dr. KHLIJI Saloua



Dr Saloua KHLIJI
Médecine de famille



الدكتورة سلوى اخليجي
طبيبة الاسرة

- Échographie générale
- suivi de grossesse
- Suivi pédiatrique
- Suivi diabète et HTA
- Conseils en dermatologie
- Conseils diététique

- الشخص بالصدى
- نساء، رجال و أطفال
- متابعة و مراقبة الحمل
- متابعة السكري و الضغط
- نصائح التغذية و الحمية
- نصائح للأمراض الجلدية

Le : .. 30/05/2023

Mme AICHA LOTFI

98,00

116,00

ZAMOX 1000 mg/125 mg Sachet Poudre pour Solution orale

1 sachet * 3 / j pendant 10 j



14,00 HÉXOMEDINE Transcutanée 0,15%

1 application * 3 / j pendant 10j

228,00



اکزومیدین®

۱۴,۰۰

عابر للجلد

اکرامیدین



قارورة ۶۰ مل



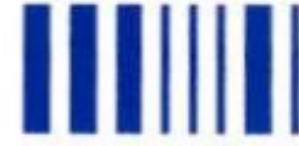
solution à ۱,۵ %
flacon de 60 ml de

sage Extreme

abattoires SYNTHEMEOIC

2, Rue Zoubier Bou El Aouam

Oches Noires - Casablanca



12 SACHETS

Poudre pour suspension
Buvable en sachet

Adulte

16 / 125 mg

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

ZAMOX®

راموكس®
أموكسيسيلين - حامض كلاغيلاتيك
1 غ / 125 مل

الكبار



مسحوق لأجل
 محلول للشرب
 عن طريق الفم

نسبة الأموكسيسيلين -
حامض كلاغيلاتيك : 1/8

12 كيسا

LOT: M 537
PER: 02-26
PPI: 98DH00



زاموكس[®]

أموكسيسيلين حامض كلا فيلا نيك
1 غ / 125 مل

الكبار

مسحوق لأجل
 محلول للشرب
 عن طريق الفم



- نسبة الأموكسيسيلين
حامض كلا فيلا نيك : 1/8

16 كيسا

PPV: 116DH00
PER: 01-26
LOT: M 356

