

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

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

M22- 0044141

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0000619

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : veuve

Nom & Prénom : RAFI MINA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Résidence YALMOLIKI villa n° 39

Tél : 0661268944

Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2023

Nom et prénom du malade : Mme RAFI MINA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthme

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : MUCM ACCUEIL

Le : 28/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Rafi

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/08/2023 | C | 5 | 5 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie ordonnance de Marrakech Centre Commercial Marrakech Tél : 05 24 31 27 23 | 28/02/2023 | 1003, 80 |

INPE

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

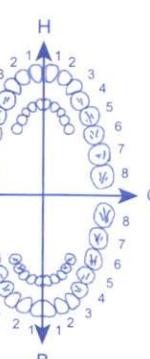
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | | B | 35533411 | 11433553 | G | | | Coefficient des travaux |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des soins | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. EL FANE Lamiaâ

Spécialiste en Hépato-Gastro Entérologie & Proctologie

- Maladies du tube digestif, du foie et des voies bilaires
 - Proctologie médicale et chirurgicale
(Hémoroides, fissures, fistules anales...)
 - Endoscopie digestive (Fibroscopie-Coloscopie)
 - Echographie Abdominale
- DU en cancérologie digestive
- Certificat de nutrition



الدكتورة الفن لمياء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الشرج

- أمراض المعدة والكولون "المصران"
 - أمراض الكبد والمصفراء "بوصفيه المرأة"
 - أمراض الشرج "البواسير"
 - الفحص بالمنظار الداخلي
 - الفحص بالصدى الصوتي "التلفاز"
- شهادة جامعية في أمراض سرطان الجهاز الهضمي
- شهادة في التقنية

Le 28/08/2023

1^{re} RATTI n°12 épouse ELFANE.

3 x 210,00

1^{er} ROMILAST 10 mg

0-0-1 pdt 3 mois
123,60

2/ FLUXONASE nasal 50 µg

0-0-1 pdt 3 mois
4 x 4,5,30

3/ VENTOLINE spray:

2-0-2 pdt 3 mois
69,00

4/ DOXICOX 4 à sucer ou à croquer

1g au besoin

Pharmacie Marjane Mellal
Ordination de Marjane Mellal
Centre Commercial Jemaa El Fna
Tel : 0524 31 27 23

G514 - 06 61 24 68 99
Meccan - Garsa - Enfermages
Soc. - Echecs - Recettes - e

شقة رقم 6 الطابق الثاني إقامة نور، 24 شارع مولاي علي، جليز 40000 - مراكش

Appt 6 Etage 2 résidence Nour 1, 24 rue Moulay Ali, Guéliz 40000 - Marrakech

Tél : 06 61 24 68 99 - Tél : 05 24 43 64 63

E-mail : contact@el-fane-lamiaa-hepato-gastro.com / www.el-fane-lamiaa-hepato-gastro.com

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 123,60 DH
ID: 1085
6 118001 140299

FLIXONASE 50 microgrammes
RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES

رو ميلاست[®] 10 ملليلتر
موثيوكاست

ROMILAST[®] 10mg
30 comprimés pelliculés
Voie orale



PPV: 210DH00

Mot...
Equival...
Excipients:
Excipient à...
Indications, Co...
& Précautions d'e...
Tenir hors de la p...
A conserver dan...
à l'abri de la lum...

x3 Ged

IX
Enrouements passag
20
nthe - miel - citron
nage les voies respiratoires
e irritée en cas de toux
enses naturelles

LOT: 230406
DUO: 05/2026
69,00 DH

Lot
EXP
PPV
MJ 3 V
12 2024
45,30 DH

X 4 Ged