

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 : 2914 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M.R TMOULIK M. Jamal Elhassan

Date de naissance : 24/08/1955

Adresse : Larbi

Tél. : 066.118.2181

Total des frais engagés : 1506,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2013

Nom et prénom du malade : T. M. M. M. Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACFA + VNA

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 : Rabat

Le : 07/07/2013

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/07/23 | B. EIC | 1 | 350,00 | Docteur LEBBAR Adil Cardiologue 61, Av. Fal Ouled Oumeir, N° 4 Agdal - Rabat T.M. |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Galaxy Santé Dr. Hakim EL FADILI Avenue Mohammed Benhassan El.Ouazzani - RABAT Tel: 0537.63.60.56 E-mail : galaxysante@gmail.com | 27.10.23 | 1456,90 |

102070133

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

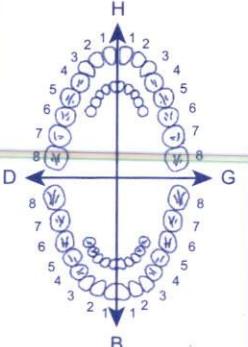
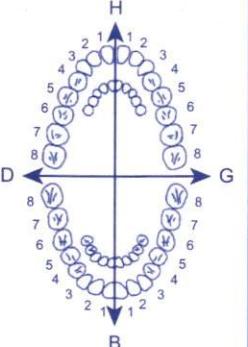
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

35,00

رِيَباَسَابَان®

ريباكسابان

١٥ ملخ

28

دواعلبة

٣ طريقة النسخ

Rexaban® 15 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072652

35,00

رِيَباَسَابَان®

ريباكسابان

١٥ ملخ

28

دواعلبة

٣ طريقة النسخ

Rexaban® 15 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 07265

88,00

كُزِنِيدِيلُول®

كارفينديلوول



٢٥ ملخ

30

في صور قابلة للكسر
عن طريق الفم

| | |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | الملف |
| <input type="checkbox"/> | مباح |
| <input type="checkbox"/> | غير |
| <input type="checkbox"/> | غير |
| <input type="checkbox"/> | غير |

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

سوطمسا
Sotethema

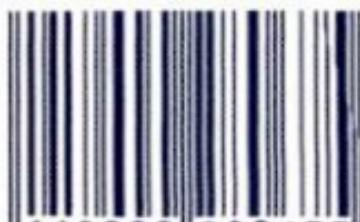
Composition :

Acétate de flécaïnide 100 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé sécable.

Cet étui contient 30 comprimés sécables dosés
chacun à 100 mg, soit 3000 mg d'acétate de flécaïnide.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice
intérieure.

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT : 22079 PER : 06/2027
PPV : 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP

Fabriqué sous licence MEDAPHARMA
par les laboratoires Steripharma

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

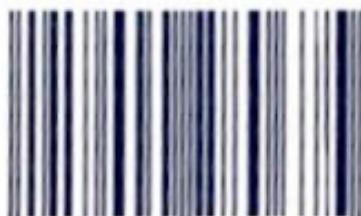
Composition :

Acétate de flécaïnide 100 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé sécable.

Cet étui contient 30 comprimés sécables dosés chacun à 100 mg, soit 3000 mg d'acétate de flécaïnide.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT : 22077 PER : 06/2027
PPV : 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP

Fabriqué sous licence MEDAPHARMA
par les laboratoires Steripharma

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

APROVASC® 150 mg/5 mg

Irbésartan / Bézial
Irbésartan / Amlod
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH



28 comprimés /

APROVASC® 150 mg/5 mg

Irbésartan / Bézial
Irbésartan / Amlod
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH



28 comprimés /

APROVASC® 150 mg/5 mg

Irbésartan / Bézial
Irbésartan / Amlod
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH



28 comprimés /

ID: _____ Name: _____

ID: _____ Name: _____

ID: _____

ID: _____ Name: _____

