

## 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.

N° W21-827341

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12628	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El ABDI HANZA N 098810			
Date de naissance : 04/10/1988			
Adresse : 1112e Cadi Agid Appart 7 Bism			
Tél. : 066 1186787 Total des frais engagés : 472,40 DHS			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :	<b>Dr. SADIQ Naima</b> Pédiatre - Néonatalogue INPE : 061157186		
Date de consultation :	15/02/2017		
Nom et prénom du malade :	Saphia El Aafri		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : AF/02/2017  
Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.8.2020	172140

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

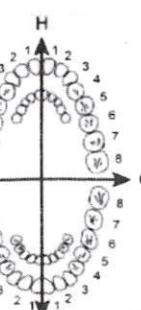
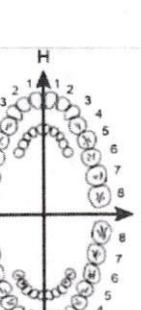
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr SADIQ Naima**

Spécialiste en Pédiatrie

Néonatalogie - Réanimation Néonatale

Consultation homéopathique

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat

Praticienne hospitalière à l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



الدكتورة نعيمة صاديق

أخصائية في طب الأطفال

والرضع وحدي الولادة

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

~~Pharmacie du Maroc Central  
Dr. KHALID DER  
Lot. 17, Lot. 4, Secteur 9 Hay Riad  
Rabat - Tel.: 05 37 71 67 60  
INPE: 102041019  
ICE: 201292180000003~~

Rabat Le : 15 FEV 2024

Sophie EL oufici

79,50

① Apixel Si enf

Léon

2x15

3x15

37,40

② Bivaliridol Si

1x1 - 1x15

3x15

2x18,10

③ chawamilis 15ch

5x10

SV

5

18,10

3x15

SV

5

179,40

④ Belladoux 3ch

3x15

SV

5



8 032578 479263

Lot: 230872  
À consommer  
avant le: 10/2026  
PPC: 79,50 DH

AVC0100071-03

# BiOMYLASE®

**200** U.CEIP/ml  
ALPHA-AMYLASE  
SIROP



VOIE ORALE



PPV : 37DH40

N° AMM : 414/19DMP/21/NRQ

POLY MÉDIC

# BiOMYLASE®

**200** U.CEIP/ml  
ALPHA-AMYLASE  
SIROP



VOIE ORALE



	NOURRISSON ET ENFANT DE 7 A 15 KG	<b>1</b>	CUILLÈRE A CAFÉ (5 ml) 3 FOIS/JOUR
	ENFANT DE PLUS DE 15 KG	<b>2</b>	CUILLÈRES A CAFÉ (10 ml) 3 FOIS/JOUR
	ADULTE	<b>1</b>	CUILLÈRE A SOUPE (15 ml) 3 FOIS/JOUR

BiOMYLASE® 200 U.CEIP/ml  
Sirope 125 ml



Fabriqué par POLYMÉDIC  
Sous licence des Laboratoires BIOGARAN  
Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane Casablanca - Maroc  
Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable.

C91495-03

# بيوميلاز®

**200** U.CEIP/ml  
الغا أميلاز  
شراب

عن طريق الفم



POLY MÉDIC

بيوميلاز®  
200 U.CEIP/ml

بیومیلاز®

200 U.CEIP/ml

(40,000)

