

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Nº P19- 064915
ND: 43209

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TMOULIK

M. fatima zahra

Date de naissance : 24

SRP. 1955

Adresse : 2A 205

Tél. : 0661182281 Total des frais engagés : 2419,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2013

Nom et prénom du malade : TMOULIK fatima Zahra Age : 23 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bronchite astmatique

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 : RAM

Le : 09/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

fatima Zahra

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 Recouvrement des Actes
05/07/2020	5	05	6	Ministère de l'Énergie Sous Chef

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
09.09.2022	119.60	PHARMACIE GALAXY SANTE Dr ELFADILI Avenue Mohammad Behassen Elouazzani Rabat. Tel: 06 37 6 30 56

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Référence	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

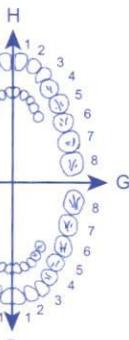
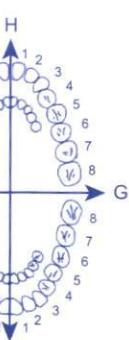
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

09-09 - 2020

DR. BENGHILAL Soule
Médecin Chef
G.S OUMAZZA
Préfecture de la Santé
Temara

126,20 D Auguest 19

Isachet x 3L x 0,90

228,- 2) Scretide 250 spray

2B < ?
S.

2) Ventoline spray

15,30 2B. x 3L.

PHARMACIE GALAXY SANTE
Dr ELFADILI
Avenue Mohammed Belhassan Elouazzani
Rabat - Tél.: 05 37 63 60 56



Ministère de la Santé
Préfecture de la Santé
G.S OUMAZZA
C.S OUMAZZA
Santé publique et Samia

PHARMACIE GALAXY SANTE
Dr ELFADILI
Avenue Mohammed Belhassan Elouazzani
Rabat - Tél.: 05 37 63 60 56

SERETIDE

propionate de fluticasone/
Salmétérol

Diskus

250

/50 microgrammes
microgrammes
par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
ID : 64221
9 118001 141104

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 126,30 DH
LOT : 623072
PER : 06/21



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
1g/125 mg



Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique... 125mg
(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartam
(environ 30mg).

Mise en garde spéciale :
risque d'allergie.

Voie orale

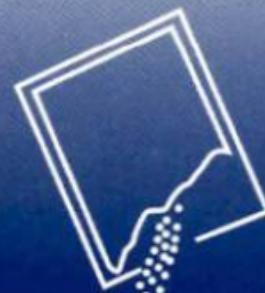
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg



poudre pour suspension buvable en sachet

أو غمنتان 1 غ / 125 ملخ
أموكسيلين / الحمض كلافولاتيك
مسحوق لمستحلب في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

