

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-511231

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 23408			
Matricule : 08658	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NAJI EL MEKKI			
Date de naissance : 07/12/1970			
Adresse : Éscole Lyautey 1/20			
Tél. : 0671 115 113 Total des frais engagés : 1200 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Ahlou BEN Abdellah PEDIATRE 164 AV de la Mecque 2 Laayoune Tel : 05 23 63 22 22			
Date de consultation : 15/11/20			
Nom et prénom du malade : NAJI Noha Age : 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Chagrin			
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 : **Laayoune** Le : **05/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **SAADY**

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
5/1/20	S	200,00		NP : 02101987

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13/01/2020 BIOLOGIS EL KAMAR ** Horaires de la pharmacie	03/01/2020	242,20
5/1/20		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

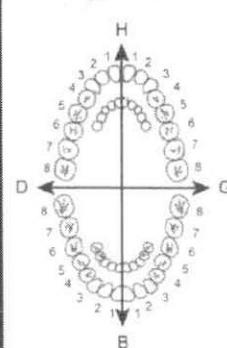
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

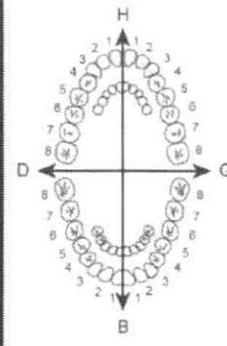
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

Docteur Ahlam BENABDALLAH

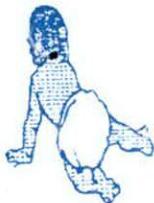
PEDIATRE

Maladies des Enfants et des Nourrissons

Diplôme d'Allergologie

Ancienne Pédiatre des Hôpitaux de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتورة أحلام بنعبد الله

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

دبلوم في أمراض الحساسية

طبيبة أطفال سابقًا بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب بباريس (فرنسا)

Laâyoune le : 05 JAN. 2020

NAJI

Noha

ZENITH Pharma
PPC : 120,80 DH

20,00 ₣ Crayon nitrate d'Argent 1's

75,00 ₣ Colicinyl 80g 1's
15,00 ₣ 3h 15,00 ₣

95,00 ₣ Tofrex 300mg 1's
26,00 ₣ 3h 15,00 ₣

Perfumel spray 1ml + 3h

242,20

INDE 023001464





Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

Alcon®

TOBREX® 0,3 %
Collyre 5 ml

Remboursable AdM



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

Alcon®

Colictyl®

Formulation à base de plantes

COMPOSITION :

Sarjikakashara purifié (bicarbonate de sodium)	45,0000 mg
Huile de dill	0,0009 ml
Huile d'anis	0,0007 ml
Huile de menthe	0,0002 ml
Saccharose	330,012 mg
Benzoate sodique	7,2518 mg
Sodium métabisulphite	5,0000 mg
Disodium EDTA	1,0000 mg
Chloroforme	0,0125 ml
Parahydroxybenzoate de propyle	5,0000 mg
Bronopol	2,5012 mg
Diocetyl sodium sulfosuccinate	0,07527 mg
Propylène glycol	12,5060 mg
Eau purifiée q.s.p à	5,00 ml
Talc purifié	10,0244 mg
Hyflo-supercel	1,2224 mg

CODE No / No DU CODE
NH/DRUGS/AYU-146
B.No./No LGF CK 0428C
MFD / FAB. 03/2018
EXP 02/2021
(01) 18901M1069243
(21) JC2021067JC6



PPC : 75,00 DH

Complément alimentaire
n'est pas un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants
Ne pas dépasser la dose recommandée