

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-567553

67805

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10678	Société : R. A. M.	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Zoubida mouri		
Date de naissance : 29 Août 1945		
Adresse : 27 Rue J. Br. Bériblone Agfaz 24 ACDA Rabat.		
Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : 908,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : MAIMI Zoubida		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Maladie des Os et des Articulations		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie des Os et des Articulations		
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** Signature de l'adhérent(e) : **MAIMI Zoubida**

Le : **08/04/2021**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/01/21	GS		300	NP : <input type="text"/>
	Prise en charge de l'absentéisme		200	EL MALKI Signature et cachet du Médecin attestant le paiement des honoraires du praticien

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DE L'HELIANTHÈME Sarl J. BEHLAKHDAR 15, av. de Michffen, Agdal - Rabat Tél: 05 37 67 37 96	8/01/2021	400,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & G \end{array} $		Coefficient des travaux <input type="text"/>
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Date de l'exécution <input type="text"/>
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Spécialiste en Rhumatologie,
Maladie des Os et des Articulations
Chiropracticien - Mésothérapie -
Sur Rendez-vous

مختص في أمراض العظام والمفاصيل
والروماتيزم والترويض الطبي

Rabat, le 8 Avril 2021.

Facture n° 2021

Boîte de
- 50,60 x 2

- 99,00

- 61,50

- 30,60

- 53,10

- 63,20

408,60

PHARMACIE DE L'HELIANTHÈME SARL
BELLAKHDAR
15, av. El Mechtilen, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 67 37 95

14 Principi B/fort : 0,2500
100 x 21

SYNOCIDES 1 gélules deux
21

SY MORIC 5 : 1600
100 tablettes

* * * 40 NALGESIC

LOT 200710
EXP 01/2023
PPV 99.00DH

facture droguier.
SY RELAXOL 20 gels
Docteur Mounir EL MALKI
Rhumatologue, Maladie des Os
et des Articulations, Chiropracticien

Relaxol 500mg/2mg

احترم الدواعي
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
صرف فقط بمحض وصفة طبية - لائحة

PER: 00/2023
02030: 101

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V :53DH10
6 118000 060833



FLAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans
contraception efficace ; la femme enceinte.

NCI-B FORT®

PPV 50.60 DH
LOT T825 PER 08/23

comprimés enrobés

Vit
B1

Vit
B6

Vit
B12

SYNTHEMEDIC