

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° W21-628468

27020

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7572

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mousa Mohamed Naoualedene

Date de naissance : 20/10/1958

Adresse : 98 Rue Daalili Salla Haya Targa

Tél. : 06 5911 4878

Total des frais engagés : 496,000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mousa Aya

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bonheur musique

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 : Fès

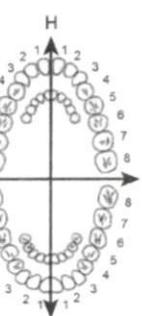
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/04/2021

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
28/04/2021	C8	e	200,00	INP : <input type="text"/> EL MASKOURI PEDIATRE Saida Bt Prince Moulay Abd Tel : 024 4167 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE OUHOUD Dr SEMMAR Jihane 94, Lot Massnoudi Targa Marrakech Tél : 05 25 08 56 59 INPE : 072073844	28-09-21	296140

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D																
	B																
	35533411		11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. El HASKOURI Salah

PEDIATRE

Immeuble Saida Bd. Prince Moulay
Abdellah - Marrakech
Tél : 05 24.44.97.97

الدكتور الهسکوري صالح

اختصاصي في طب الأطفال

عمارة سعيدة شارع الامير مولاي عبد الله
مراكش
الهاتف : 05 24 44 97 97

Marrakech, le : 20 AVR 2021 مراكش، في :

Mouis Ayz

PER. 05-2020
LOT 101
RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 200 ML
P.P.V : 39DH20
AG0005VU
05/2023
6 118000 061403

14290 n/ Zeclan q

SV

1 p. 2L-H.

39,90 n/ Rhinathiol Adults

SV

1L q.s.mpe 8g

65,10 n/ Selvr.

SV

1 p. d. H. 3Lg

296,10

PHARMACIE OUHOUD

Dr. SUMMAR Jihane

294, Lot Massmoudi Targa - Marrakech

Tél : 05 25 08 56 59

DR. EL HASKOURI SA
PEDIATRE
Bd. Prince Moulay Abdellah
Marrakech 44 97 97

by InterMed

Selva® camomille

SOLUTION NASALE ISOTONIQUE
AU CHLORURE DE SODIUM

Avec du Panthénol

3 modes d'application différents

- ✓ Pulvérisation nasale
- ✓ Gouttes nasales
- ✓ Lavage nasal



DISPOSITIF MEDICAL

30ml e interMED

Fabriqué par:

27, Rue
www.
Distri
NEWPH
6, Rue C
Quartie
Tél. +21

NEWPHARMA	190011
PPC	1122
UTAV	1122
65	1122

Grecce,
made in EU



5 205152 006312 >

LOT EXP

301 01 2021

زنيدار® 500 ملغم

كلاينثروميسين

احترم المطابق الموصفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I

بصوب، نهيف، وصفة طبية - لازمة



ZECLAR 500MG
CP PELL B14

Abbott

Fabriqué sous licence par :

Maphar, Km 10, Route côtière 111,
Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca,
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Composition : Clarithromycine 500 mg
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière.
Voie orale.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



14 comprimés
pelliculés

voie orale

192,20

192,20
200,00 00 20

