

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° W19-567563

Course

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : R.0678	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Mme MAMRI Zoubida			
Date de naissance : 22 Août 1945			
Adresse : 22 TBL Bouriblane APP 4			
Féridgance A.G.D.A.L - Rabat			
Tél. : 060122340 Total des frais engagés : 516 100 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;">  </div>			
Date de consultation : 30/04/2021			
Nom et prénom du malade : Tamsi Zoubida Age : 72			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection			
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 : **30/04/2021**
Signature de l'adhérent(e) : **J.S.**

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
10/01/2018	Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie	1	250,00	INP : 160181744008

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
نونبر 16 2021 صيادلة 16 نونبر نونبر 16 November 16 November Haut Agdal Rabat 37 67 00 24 - 05 37 67 56 69 NPE 102000395	30/04/21	268.00 Pharmacie Du 16 Novembre 3 ay du 16 November Haut Agdal Rabat Tél. 05 37 67 00 24 - 05 37 67 56 69 NPE 102000395

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Le 10. 09. 2013</i>

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie
cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.
Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de
l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition,
troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

د هند التمساني

أخصائية أمراض الأنف و الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه والعنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال دو كراس)

طبيبة من رتبة رائد سابقًا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقًا في المستشفى العسكري الدراسي الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف و الأنف و الحنجرة: الدوخة و

اضطرابات التوازن، تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة العين

ضعف السمع، اضطرابات البلع، التنظير الطبي

Rabat le : 30/04/2021

MME MAMRI ZOUBIDA

52,80

- Oedes 20 mg
1 gélule, matin, soir, pendant 1 mois

30,60

- Humex collutoire
1 pulvérisation, matin, midi, soir, pendant 1 semaine, puis au besoin

134,80

- Nootropyl 800 mg
1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 1 mois

48,40

- Gaviscon advance (menth)
1 càs le soir au coucher pendant 1 mois

266,70

صيغة 16 نوفمبر
Pharmacie Du 16 Novembre
16, Av du 16 Novembre Haut Agdal Rabat
Tél: 05 37 67 00 24 - 05 37 67 66 69
INPE : 102000395

صيغة 16 نوفمبر
Pharmacie Du 16 Novembre
16, Av du 16 Novembre Haut Agdal Rabat
Tél: 05 37 67 00 24 - 05 37 67 66 69
INPE : 102000395

Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 67 16 13 GSM: 0659 64 15 7



01174100

HUMEX

HUMEX

MAL DE GORGE

LIDOCAÏNE 0,30 g

BENZALKONIUM 0,03 g

pour 100 ml

 ANTISEPTIQUE
ANESTHÉSIQUE

MÉDICAMENT AUTORISÉ
N°3400938535594

TITULAIRE/EXPLOITANT :
LABORATOIRES URGÖ HEALTHCARE
42 RUE DE LONGVIC
21300 CHENOVE - FRANCE

DURÉE DU TRAITEMENT :

.....

.....

.....



3 400938 535594 >

MAL DE GORGE

LIDOCAÏNE 0,30 g

BENZALKONIUM 0,03 g

pour 100 ml

 ANTISEPTIQUE
ANESTHÉSIQUE



 SANS SUCRE

CITRON
Collutoire 35 ml
MÉDICAMENT - pas avant 6 ANS

Lot N°

● 89734

Ut.av.fin

06 - 2023

Distributeur au Maroc:

Laboratoires STERIPHARMA

Z.I. LIna N 347 Sidi Maarouf

CASABLANCA-MAROC

PPV : 30,00 DHS