

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° W19-490229

ND : 78362 *Courrier*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

78362

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BANOUR

TOUREYA

Date de naissance :

94/10/1949

Adresse :

KGOUA AGNIE KABEETI N° 163 Rabat

Tél. :

0666 593 575

Total des frais engagés :

350,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

10 05 2013 23 20
55 Bd Zerkaoui - Quai Marakech
Diplôme de la Faculté de Reims
Préparatoire à l'Institut HEIN
DR BOUAFIA

Date de consultation :

21/2/2014

Age :

Nom et prénom du malade :

Banour Toula

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite + Allergie OLL + Tap

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 : 07/07/2014

Signature de l'adhérent(e) :



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
7/7/21		(5)		INP : 07711463638 TEI 05 24 43 23 20 55 Bd Zorkhoff, Gueuzie Marakech Diplôme de l'Université de Reims Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mohammed CENTRALE</i>	7/7/21	350,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

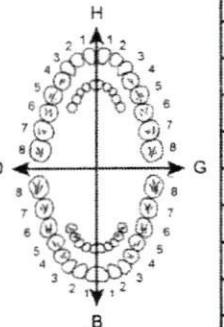
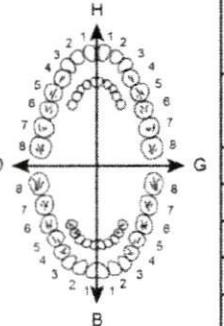
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :
				
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Cabinet D'allergologie et de Pneumologie

DOCTEUR LALAMI BOUCHRA

Spécialiste des Maladies du Poumon

Appareil Respiratoire, Tuberculose

Maladies Allergiques (Asthme)

Syndrome d'Apnées du Sommeil

Diplômée de Pneumologie à la Faculté

de Médecine de Reims (France)

Diplômée d'Allergologie à Reims

Diplômée d'Allergologie Professionnelle à Paris

ex-Médecin Attachée du C.H.U de Reims

لدكتورة العلمي بشرى

اختصاصية في أمراض الصدر

الجهاز التنفسى (داء السل)

أمراض الحساسية (الضيق)

أمراض التنفس أثناء النوم

رم في الجهاز التنفسى و دبلوم في أمراض الحساسية

بكلية رانس (فرنسا)

لبية ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بربانس

Marrakech, le :

21/2/96

مراكش، في

157,90 - el cure forte 400.000 Dhs
 31,20 - Boule de sucre 21
 10,30 - Doliprane 500 Dhs
 30,60 (18,30 x 2) -
 90,40 (45,20 x 2) -
 350,10 -
 21/2/96 (x 2)
 21/2/96 (x 2)

55، شارع الورقطوني الطابق الأول على اليمين جليز مراكش - الهاتف : 05 24 43 23 20

55 Bd Zerkouni 1er Etage à droite Guéliz - Marrakech - Tel : 05 24 43 23 20

PPV:10DH30
PER:02/23
LOT:J524

PPV 10 DH30
PER 05/23
LOT J974

Vita C 1000®

LOT 09030 7
EXP 09/2023
PPV 15DH30

LOT 2000086 2

EXP 01 2024

PPV 45 20

BRONCHATHIOL®

Carbocisteïne 5%

31,80

PPV 311120
PER 12722
LOT 12791

Composition :

Formoterol fumarate : 12 µg par gélule.
Excipients pour une gélule.

Excipient à effet notoire : lactose.

A conserver à une température inférieure
à 25°C.

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

Lire la notice avant utilisation.

التركيبة:

فوموتيرول: 12 مكج في بريلدة.
فوموتيرول: 12 مكج في بريلدة.

مساعدات في كمية كافية لـ ملائكة.
مساعدات في كمية كافية لـ ملائكة.

مرونة: لا تتعذر إلا بـ ملائكة.
مرونة: لا تتعذر إلا بـ ملائكة.

يعتمد على درجة حراري و متطلبات
يجب فراخه هذه الشرة قبل الاستعمال.

PPV: 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

586-01