

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-

062810

91548

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1034 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Doukali La. La.

Date de naissance :

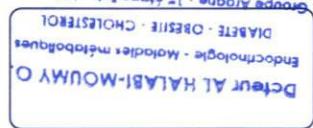
Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Tél : 05 37 75 83 78

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2021 Nom et prénom du malade : Doukali La. La. Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : D.N.I.D

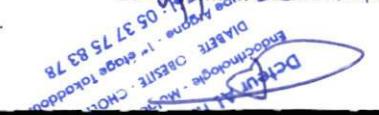
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 25/10/2021

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
25/07/2018	31. Consultation		250	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACEUTIQUE 12, Av. Med Belhassan El Otaizzi, Group Al Arar Bloc 4 - Takadoum Tél: 05 37 63 16 90	25/10/21	1968,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AL HALAB

Spécialiste

Endocrinologie - Maladie
DIABÈTE - OBÉSITÉ

ribué par MSD I
N° : 268/19/D
437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

(50 X 28 X 114) mm

137,20



د. المister

د. المister
Takaddoum Rabat
Télé : 05 37 75 83 78

AL HABIB MOUHYO

118001 160

AL HABIB MOUHYO

118001 160495

40,00

د. المister, Zaidou

137,00 x 3

- Janinet 50 11000

4000 x 3

- Janinet 2
Dr. AL HALAB MOUHYO.
Endocrinologue Maladie Métaboliques
DIABÈTE - OBÉSITÉ - CHOLESTÉROL
Takaddoum Rabat
Télé : 05 37 75 83 78

137,20 x 3

- Vastarel

4200 x 3

- Polynorm 1

1968,60

13

42,00

PHARMACIE AL-FATH
Av. Med Benhassan El Olaqqazani, Groupe
Al Araf, Bloc 4, Takaddoum
Télé : 05 37 63 16 99

INPE : 101007961

لطاقي الأول، التقدم - الرباط - الهامة

31, Groupe Argana, 1er étage, Takaddoum - Rabat -

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

POLYNORM® 1 mg
30 Comprimés



VASTAREL® 35 mg



VASTAREL® 35 mg



4000

400

400
02223
6530

137,20

137,20

40,00

PPV 40-3
PER 06-23
LOT K1629