

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-679488

Day concern

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03107 Société : RAM 112042			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AHINDAK Abdellah			
Date de naissance : 09-07-53			
Adresse : la même			
Tél. : 06573148440 Total des frais engagés : 210,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Boukhal hanane Age: 30	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : Agadir Le : 18/02/2018

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-679488	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 03107 Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK Total des frais engagés : 210,80 Date de dépôt :	

*Medecin conseil
Notreddha EL ABSI
Spécialiste en Médecine de Sport
Date du 04/02/2018*

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
8-11-2011	✓	✓	75	INP : Medecin Code Nourdin 1234567890

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IROU 142980317	18/02/22	135,80

042080317

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

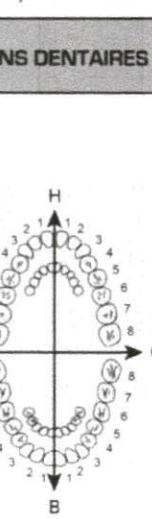
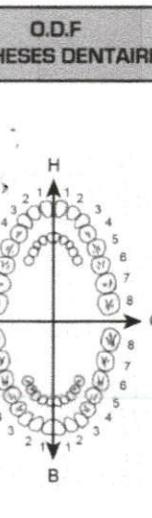
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX							
		H		G																													
		25533412	00000000	21433552	00000000																												
		00000000	00000000	00000000	00000000																												
		00000000	00000000	00000000	00000000																												
		35533411	11433553																														
		B		G																													
		MONTANTS DES SOINS																															
		DATE DU DEVIS																															
		DATE DE L'EXECUTION																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																	



Le 18/02/2022

M. Boukbir

76,60
 ① Allegodil 0,05% Collyre

37,20
 ② physio dose

22,00
 ③ chartec 10mg

135,80

Médecin Colonel
 Noureddine EL ABSI
 Spécialiste en Médecine EL ABSI
 Urgentiste du 1[°] C.M.C Agadir
 INPE : 041229790

1.5

1.5

1.5

Clartec®

Loratadine

tations :
e de 30

22,00

118000 090205

longée, compatible avec u
effets secondaires sédatifs

omatique de la rhinite saisonnière pollinique et apériodique, de certaines dermatoses

Symptomatique des urticaires aiguës de l'enfant

s :
à ce médicament
de 2 ans

s :
gue, somnolence et céphalées sont

précautions :
chissant la barrière placentaire pass-
rosesse et l'allaitement.
ficacité de la Loratadine n'ont pas été
ns de 2 ans.

ans :
0 kg : 10 mg de Clartec® une fois / j

Physiodose sérum physiologique pour nourrisson, l'enfant et l'adulte

3
CE 0459

STERILE A



ZENITH Pharma

PPC : 38,20 DH

Benzodiazepine

• SUR INHALATION EN AEROSOLIOTHERAPIE

India in Snow

Si le produit est utilisé comme soignant pour inhalation en aérosolthérapie, reportez-vous aux instructions indiquées sur le produit à inhaler. Si le produit est utilisé seul, reportez-vous aux instructions indiquées sur l'acaréen.

Précaution d'emploi
Demander conseil à votre médecin en cas de première utilisation ou en cas d'hypersensibilité respiratoire, de pathologie les graves respiratoires ou cardiovaskulaires.

COMMENT CONSERVER PHYSIODOSE SERUM PHYSIOLOGIQUE ?

Ne pas utiliser une unité de stockage endommagée ou déjà ouverte au vu du risque de rapide contamination bactérienne.
Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée sur l'unité de stockage. Stocker à une température inférieure à 30°C.

Allergodil® 0,05 pour cent, collyre Chlorhydrate d'azélastine

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 76DH60

Allergodil®
0.05%, collyre
en solution

C 03400934767203
N 247ACANA5K
ot 1D903A1
XP 04.2024

Le contenu des

Agadir, le : 18/01/24

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
1^o CENTRE MEDICAL CHIRURGICAL
REGIE DE RECETTES

QUITTANCE N^o 1048068

NOM ET PRENOM :
MONTANT :

Homme 13 an 1/2
Six francs et 50 centimes

Le Régisseur :

