

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée (ALD)

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

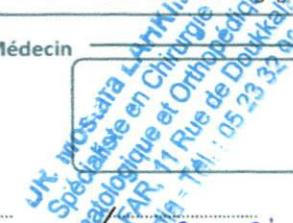
Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 8680 Société : RAM.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Abkari A MAL.			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06.66.03.74.56 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	ABKARI A MALE Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Foulard da Zardell		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
04/05/2022	Chirurgie		1000	INP : 123456789 Signature : Dr. A. B. C. Spécialité en Chirurgie et Orthopédie Centre de Doukai 05 23 32 98

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA TAZI DU MARET M. DES F.A.R MOTTEAU 2216 / INPE : 09204088	04.07.22	52,50

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
	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"/>															
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553
	H	25533412	21433552												
	D		00000000	00000000											
	B		35533411	11433553											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession															
Coefficient des travaux <input type="text"/>															
Montants des soins <input type="text"/>															
Date du devis <input type="text"/>															
Date de l'exécution <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



الدكتور الحكيم مصطفى
Docteur. LAHKIM Mostafa
طبيب اختصاصي في جراحة العظام
Specialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes

Chirurgie des Os et des Articulations
Chirurgie du Rachis
Chirurgie de La main

جراحة العظام، المفاصل
جراحة العمود الفقري
جراحة اليد



Mohammedia, le

04/10/2022

ABKARI AMALE

52,50



**PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB**
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES FAR MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

شارع الجيش الملكي 11 زنقة دكالة
المحمدية (القصبة)
Avenue des FAR 11 Rue Doukkala
Mohammedia(Kasbah)

0523 32 90 46

Avenue des FAR 11 Rue Doukkala
Mohammedia(Kasbah) شارع الجيش الملكي 11 زنقة دكالة
المحمدية (القصبة)
Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

ARTIFLEX® GEL

Présentation :

- Tubes de 30 g et de 60 g.

Usage externe

Composition :

Aqua, acritamer, disodium edta, propylene glycol, menthol, rosmarinus officinalis, cananga odorata, PEG-40 hydrogenated castor oil, triethanolamine, sodium dehydroacetate, arnica montana, capsicum frutescens, harpagophytum procumbens, hamamelis virginiana, thymus vulgaris, caryophyllus, methyl salicylate, uva ursi, benzyl alcohol, dehydroacetic acid.



Propriétés :

Actions anti-inflammatoire et antalgique naturelles.

Formule conçue pour le soulagement des douleurs musculaires et articulaires bénignes associées à l'arthrite, à l'effort, aux ecchymoses, aux entorses et aux maux de dos.

Principes actifs	Principales propriétés
Harpagophytum	Anti-inflammatoire naturel utilisé lors des rhumatismes (arthrose, arthrite, lombalgie, tendinite, mal de dos)
Capsicum frutescens	Antirhumatismal
Eugenia caryophyllus	Analgésique, anti-inflammatoire.
Hamamelis virginiana	Anti-inflammatoire, recommandé pour les contusions et les entorses.
Calendula	Anti-inflammatoire, anti-oedémateux et anti-oxydant
Thymus vulgaris	Anti-inflammatoire.
Arnica montana	Traite les ecchymoses et les contusions.
Rosmarinus officinalis	Veinoprotecteur
Methyl salicylate	Analgésique et anti-inflammatoire.
Uva ursi	Antiseptique

Conseils d'utilisation :

- Arthrite
- Tendinite
- Mauvaise circulation
- Entorse
- Foulure

Mode d'emploi :

Appliquer le gel trois à quatre fois par jour et frictionner jusqu'à pénétration. Eviter tout contact avec les yeux, les muqueuses ou les lésions cutanées.

Fabriqué par Les Laboratoires IRCOS Maroc

Sous licence des Laboratoires IRCOS Italie

Pour RAMOPHARM