

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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 121206

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAOOUNE AOUATIF

Date de naissance :

12/06/1978

Adresse :

16, HAY HSSAIN, LOT 12 FACULTÉ

Tél. :

0513575377

Total des frais engagés : 220880 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/06/2022

Nom et prénom du malade :

BERKIA AYA

Age :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Abdome

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 : 7/7/2022

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
28/06/2022	C	1	130.00	INP : 15100800
				الدكتور سعيد العربي على الطفل العام شارع الحسين

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														

ORDONNANCE

Peli 22/06/2021
 BERKIA Aya

303,00 x 4
 1212,00

Stimulair (310mg)
 1 amp a 30mg

175,00 x 3
 525,00

Berberine 125
 250 mg M.S a 8mg

63,80 x 6
 379,20

Zymecolam (8mg)
 1 amp reconstitut au bolier

45,30 x 2
 90,60
 ABRIDI
 PHARMACEUTICALS
 Rés: Dalat 105, 4, Mag. 12
 Ouled Hlal, Hssaid, Sala Al Jadida
 Tel.: 05 37 83 18 86

Nutrilux (2mg)
 250 mg a 25mg

الدكتور سعيد العربي عالي
 الطبيب العام
 شارع الحسن الثاني رقم 25
 قربة سلا

ID : 634038

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 175,00 DH



6

118001 141869

disponible
gratuitement
à la vente

SERETE

Produit de santé
destiné aux adultes

5

ID : 634038

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 175,00 DH



6

118001 141869

disponible
gratuitement
à la vente

SERETE

Produit de santé
destiné aux adultes

5

ID : 634038

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 175,00 DH



6

118001 141869

disponible
gratuitement
à la vente

SERETE

Produit de santé
destiné aux adultes

5



63,20

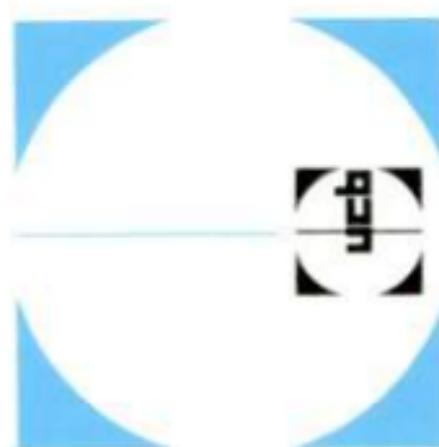
زيرتك® 10 مجم

سيتيريزين ديكالورات



١٥ قرصاً ملمسةً على الكسر

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63,20

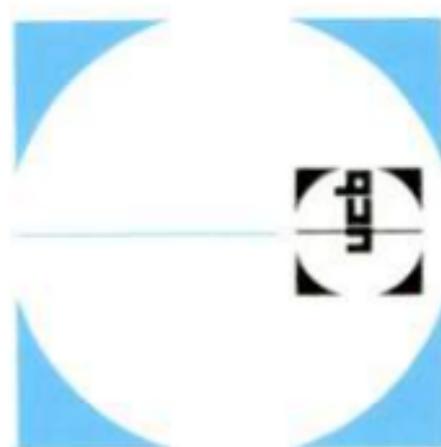
زيرتك® 10 مجم

سيبتيزيريزين ديدالورفونرات



زيرتك® 10 مجم

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63,20

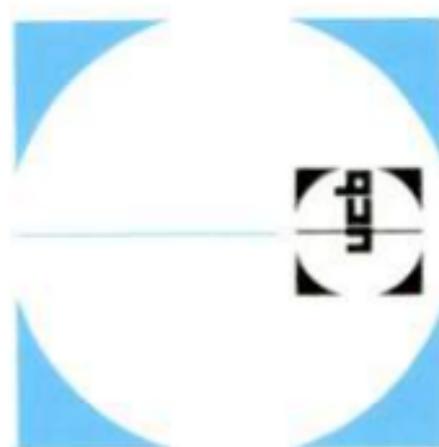
زيرتك® 10 مجم

سيتيريزين ديكالورات



١٥ قرصاً ملمسةً على الكسر

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63,20

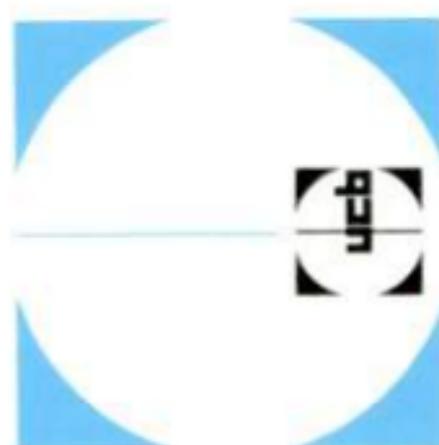
زيرتك® 10 مجم

سيتيريزين ديكالورات



١٥ قرصاً ملمسةً على الكسر

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63,20

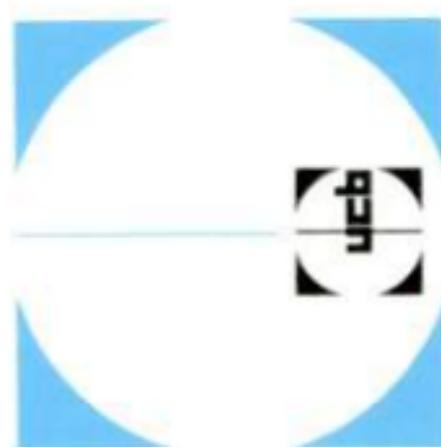
زيرتك® 10 مجم

سيبتيزيريزين ديدالورفونرات



زيرتك® 10 مجم

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63,20

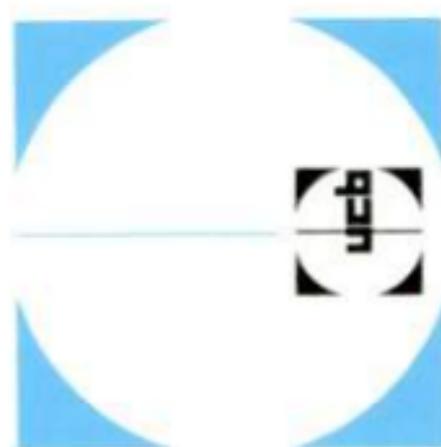
زيرتك® 10 مجم

سيتيريزين ديكالورات



١٥ قرصاً ملمسةً على الكسر

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

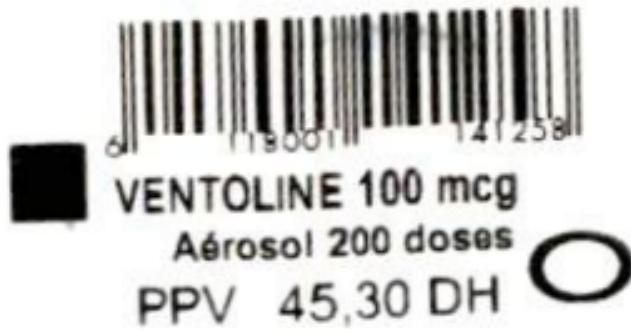
GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



6 19001 4 258

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



Médicament autorisé n° 34009 346 128 55

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140161-2

SINGULAIR®

5 mg

 **MSD**

comprimé à croquer

Montelukast

Médicament autorisé n° 34009 346 128 55

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140161-2

SINGULAIR®

5 mg

 **MSD**

comprimé à croquer

Montelukast

Médicament autorisé n° 34009 346 128 55

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140161-2

SINGULAIR®

5 mg

 **MSD**

comprimé à croquer

Montelukast

Médicament autorisé n° 34009 346 128 55

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140161-2

SINGULAIR®

5 mg

 **MSD**

comprimé à croquer

Montelukast