

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° W21-725171

32461

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12606			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : Royal air Maroc
Nom & Prénom : SAIDI YOUSSEF			
Date de naissance : 12/11/1988			
Adresse : Riad el Andalous elhamra II Tres 8 apt 11 RABAT			
Tél. : 0661397069 Total des frais engagés : 476,00 Dhs			

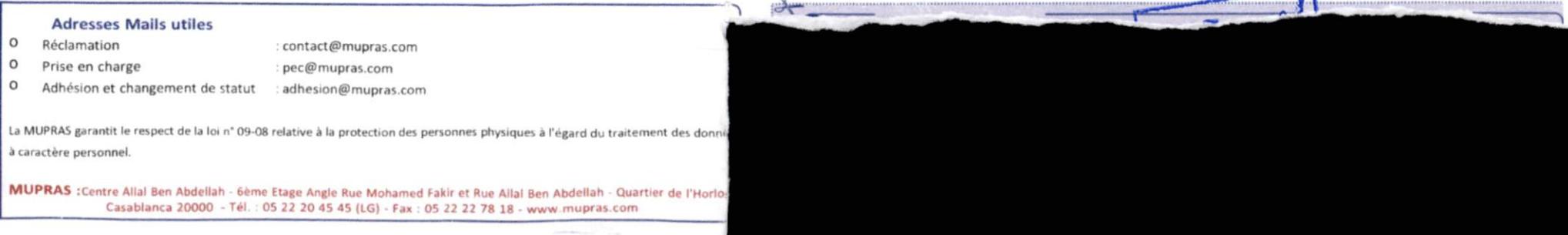
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	DR BOUKHZAR Malak Médecin Pédiatre 23, AV. Al Kitab, Appt.1, CYM Rabat - Tel.: 05 37 69 00 12 INPE : 101 183 767
Date de consultation :	30/07/2022
Nom et prénom du malade :	SAIDI LOUNA
Elève de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Cushion exterite aigüe
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 : 30/07/2022

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 praticien attestant le paiement des Actes Dr. BOUKHZAR Malak 28 AV. ATTAHAF, APRYL CYM Rabat Tel.: 05 37 69 00 03 INP INPE : 101 183 75
30/07/22	C.S.	1	270,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RYAD AL MANDALOUSS HAY RYAD	30/7/22	186,00
Pharmacie Koudia	30/7/22	40,00
ICE 00000037		

RYAD AL MANDALOUSS HAY RYAD
RABAT - Tél.: 05 37 71 15 84
Pharmacie Koudia
Résidence Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
Avenue Al Moudawine 14
Rabat - Tél.: 05 37 71 15 16

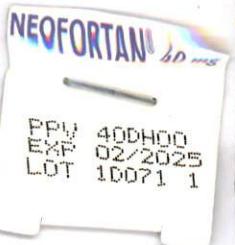
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Particien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Rabat le : 30/07/2022 الرباط في :

40,00

KOUNA Said..

- NeoFatan 40 g CP:

1 CP x 21g à 40

142,00

- Bacilac Infantis

1 sachet 15 ml

22,00 x 9

- Zyrdol 8g

1 sachet x 31

Total:

186,00

PPU 22DH00
EXP 01/2025
LOT 18067 2



ARMACIE KOUNOUZ
CIVIC 1 Arz, Imm. D.
H. Ryad - 10 050
Tél: 05 37 57 15 16

ARMACIE PRESTIGIA
RYAD AL ANDALOUS HAY RYAD
RABAT - Tél: 05 37 57 15 84
ICE: 000193334000037
INPE: 102063484

DR Malak
Pédiatre Dr.
Appt. 12 CYM
05 37 69 00 03
101 183 102
Rabat 30000
INF 23

DR Malak
Télé: 05 37 69 00 03
INF 23

ZYRDOL
125 mg/5 ml Suspension buvable

23, Av. Alkifah, Appt, N° 1 CYM - Rabat - الرباط (فوق قروض البركة)

Mobile : 06 78 34 47 22 - المحمول : Tél.: 05 37 69 00 03

E-mail : boukhzar.malak@yahoo.fr البريد الإلكتروني:

Bacilac infantis

Lb. Rhamnosus - Bf. Infantis

Bf. bifidum - Bf. longum - Bf. lactis

16 sticks de 2g



My first Bacilac

*** 1.000 x PLUS**

de bonnes bactéries **vivantes**
qui atteignent la flore intestinale
en comparaison avec des bactéries
qui ne sont pas protégées par
la technologie Intelicaps®

VÉSALÉ PHARMA
Microbiotic Selections

Rue Louis Albert, T 5310 Nivelles Sur Meuse/Belgique

*Complément alimentaire,
ce n'est pas un médicament*

PPC : 142 DH 00

SG21003

10 2023