

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 un emballage confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou rapports 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-730737

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9278 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN DOURO MOUNA / 37581

Date de naissance : 13/01/69

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661460111 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. S. ABIR-KHALIL
Spécialiste des Maladies du
Coeur et des Vaisseaux
Rés. My Ismail, Entrée C, Angle
Rue Soussa et Av. My Slimane
Rabat

Date de consultation : 09/11/2022

Nom et prénom du malade : BEN DOURO MOU

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 14/11/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-730737

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 : 9278

Nom de l'adhérent(e) : BEN DOURO MOU

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 9/11/2022 | C | | gratuit | RECEUILLI ET PAYÉ PAR M. GOURAUD, APTEUR LE 10/11/2022 APRÈS EXAMEN DU RÉGISTRE DES HONORAIRES DU DOCTEUR ALAIN GOURAUD APTEUR |

A business card for "PHARMACIE DES JARDINS". The card features a blue diagonal watermark with the text "PHARMACIE DES JARDINS" and the phone number "INPE: 102068962". The main text on the card includes the address "Cachet du Pharmacien du Riomisieu", "Avenue Mohansal", "Dr. JABOR Sanaa", "CGI - R&D", "Tel/Fax : 05 37 01 10 40", and "EXECU".

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Pharmacie | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. JABOUD Avenue Mohand Sétif Tél/Fax : 05-37-01-10-41 Ref: 102068962 | 09/11/22 | 442,10 S15 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 : <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"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | $\begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

Docteur Saadia ABIR-KHALIL

Professeur de Cardiologie de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat
Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Explorations Cardio-Vasculaires

INP 101099752

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة السعدية عابر خليل

أستاذة من كلية الطب والصيدلة
بالرباط
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
استكشافات القلب والأوعية الدموية

بالميعاد

Rabat, le : 09/11/2022 الرباط، في :

Mme BENDOURO Mouna

120,00 X 3. 1) Irvel 150mg

1c/j

82,10 2) Inéxium 20mg

120,00

PHARMACIE DES JARDINS
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6, km 18 1c/j
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

120,00

TR de 3 mois

T: 442,1?

SMG

P.T. S. ABIR-KHALIL
Spécialiste des Maladies du
Coeur et des Vaisseaux
Résidence Moulay Ismaïl - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.
Rue Soussa et Av. My Slimane
Ragad

عمارة مولاي اسماعيل - مدخل "C" - زاوية سوسة وشارع مولاي سليمان - قرب الولاية - الرباط

Résidence Moulay Ismaïl - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.

Tél. : Cab. : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33 - الهاتف : 05 37 72 01 96 -Fax : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

E-mail : prabircardio@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal-Rabat : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

PS10403

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bneu al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

**INEXIUM® 20 mg,
comprimé gastro-résistant**
ésoméprazole

إينكسيوم® 20 ملخ ،
قرص صامد لحموضة
المعدة
ازومبرازول



AstraZeneca