

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.

N° M21- 0037532
146517

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 29014 Société : LSM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : T. Moulouk

M. 24

Jean S. 24

Date de naissance : 24.8.1988

Adresse : LSM

Tél. : 0661182181

Total des frais engagés : 2713,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

T. BENCHEIKH SAMIA
Medcin Chef
OUM AZZA CR1
INP: 101138766

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.11.2013

Nom et prénom du malade : T. Moulouk. Fatima Bouloua Age : 24

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Asma

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

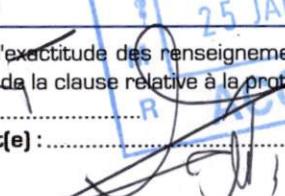
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

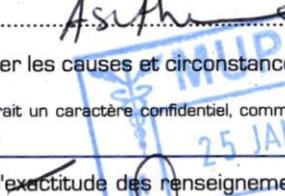
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 25 JAN. 2013

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 attestant le Paiement des Actes
16/11/2021				
	C		9	Dr. BENCHEIKH SAMIA MEDICO chef OUMAZRA CR1 INP: 101138766

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Galaxy Santé Avenue Mohammed Belhassan El.Ouazzani - RABAT Tél: 0537.63.60.56 E-mail: galaxysante@gmail.com	16/11/2021	743,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE GALAXY SANTÉ Av Mohamed Belhassan El wazan Rabat - Tél: 0537 63 60 56 E-mail: galaxysante@gmail.com			

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

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	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			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

16/11/2022

Fatimazohra Moulik

Dr. BENCHEIKH SAMIA
Medcin Chef
OUM AZZA CR1
INP: 101138766

~~248x2 1°)~~ Senticide 200 spray (1B)
496- 2B < metin
min 2 min

Abd/ 2) Clairol spray (1B)
lup x ref

PHARMACIE GALAXY SANTE
Av Mohamed Belhassan El wazani Nahda 2
Rabat - Tél: 0537 63 60 56
E-mail: galaxysante@gmail.com

3) Johnson's dog (1B)
349ml x 0.75

~~22,50 4°)~~ BELMAGEL dog (1B)

PHARMACIE GALAXY SANTE
Av Mohamed Belhassan El wazani Nahda 2
Rabat - Tél: 0537 63 60 56
E-mail: galaxysante@gmail.com

102070133

Dr. BENCHEIKH SAMIA
Medcin Chef
OUM AZZA CR1
INP: 101138766

Composition :

Clarithromycine 500 mg.
Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.
Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.
AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés

PPV. : 160.00 DH



6 118000 191001

مضاد حيوي



كلاريل® 500 ملغ

كلاريتروميسين

Lot: I2167
Per: 10/23



غالينيكا

عن طريق الفم

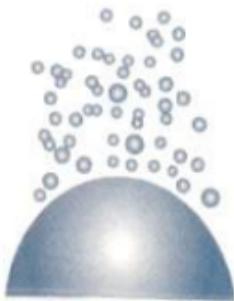
قرصا

14

OraPred® 20 mg

Prednisolone

30 comprimés effervescents



65,00

OraPred® 20 mg

Prednisolone

30 comprimés effervescents

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241829

أنتظر البيان الداخلي قبل الاستعمال
Lire attentivement la notice avant utilisation

إنتظار المستشارين المعينين
Renseigner les doses prescrites