

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9772 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Lalla Nour Zhor ALADRI

Date de naissance :

Adresse : Rue EL Jazouli, Ax des Princesses Souissi, Rabat

Tél. 0661088841 Total des frais engagés : 692,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. CHRAIBI
Spécialiste ORL
1, Rue Benghazi - Rabat
Tél.: 05 37 70 95 93
INP : 101042679

Date de consultation : 93/01/903

Nom et prénom du malade : ALLAL BEN ABDELLAH NOUR ZHOR Age : 55

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

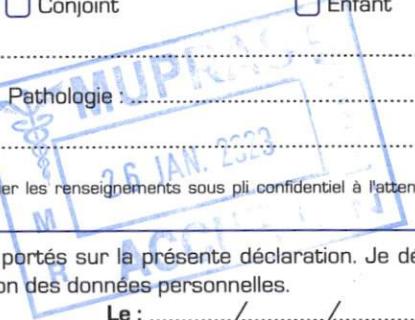
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : _____ / _____ / _____

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
93/01/93	6	1	400,00	<i>[Handwritten signature]</i>
94/01/93	6	1	Grat	<i>[Handwritten signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Signature du Pharmacien et Date de la Facture
 صيادلية المستشفى العسكري PHARMACIE L'HOPITAL MILITAIRE 4, Av Al Arz Hay Ryad - Rabat Tél: 05 37 56 20 30 Inpe: 10203/018	 23/01/23	 Mohtashem Al Attar PHARMACIE L'HOPITAL MILITAIRE 4, Av Al Arz Hay Ryad - Rabat Tél: 05 37 56 20 30 Inpe: 10203/018

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			</td

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES MÉTIERS 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F ROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	Coefficient des travaux
			25533412 21433552 00000000 00000000	
			D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	
			B	
	[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

Dr Chraibi ALI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Résidence Tarfaya Rue Benghazi
centre-ville Rabat
chraibiali_ma@yahoo.fr
INP 101042679
Tel 0537701621

Le 24/01/2023, Madame ALAOUI Lalla Nouzha

84,00 STERIMAR

1 PULVERISATION DANS CHAQUE NARINE LE MATIN 30
JOURS

Dr. M. CHRAIBI
Spécialiste ORL
1, Rue Benghazi - Rabat
Tél.: 0537709593
INP: 101042679

صيدلية المستشفى العسكري
PHARMACIE L'HÔPITAL MILITAIRE
4, AV Al Arz Hay Ryad - Rabat
Tél: 05 37 56 80 30
Inpe: 102034018

Dr Chraibi ALI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Résidence Tarfaya Rue Benghazi
centre-ville Rabat
chraibiali_ma@yahoo.fr
INP 101042679
Tel 0537701621

Le 24/01/2023, Madame ALAOUI Lalla Nouzha

84,00 STERIMAR

1 PULVERISATION DANS CHAQUE NARINE LE MATIN 30
JOURS

Dr CHRAIBI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Résidence Tarfaya Rue Benghazi
centre-ville Rabat
INP 101042679
Tel: 0537709593

صيدلية المستشفى العسكري
PHARMACIE L'HÔPITAL MILITAIRE
4, AV Al Arz Hay Ryad - Rabat
Tél: 05 37 56 80 30
Inpe: 10203-018

16,30

Dr Chraibi ALI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Residence Tarfaya Rue Benghazi
Centre-ville Rabat
chraibiali_ma@yahoo.fr
P 101042679
T 0537701621

PPV: 126,30 DH
LOT: 650549
PER: 03/24

SOUFRANE 2P.CENT
Solution pour pulvérisation nasale



6 118000 180463

Le 23/01/2023, Madame ALAOUI ~~Nouria~~ (ALIA) Nouria

Dr. A. CHRAIBI
Specialiste ORL
1, Rue Benghazi - Rabat
Tél.: 05 37 70 95 93
INP : 101042679

Dr. A. CHRAIBI
Specialiste ORL
1, Rue Benghazi - Rabat
Tél.: 05 37 70 95 93
INP : 101042679

Dr. A. CHRAIBI
Specialiste ORL
1, Rue Benghazi - Rabat
Tél.: 05 37 70 95 93
INP : 101042679

16,30

1- AUGMENTIN 1000 sachets 1 boite de 16

1 sachet X 3 PAR JOUR APRES REPAS 02 JOURS
puis 1 x deux par jour

16,30

2-SOUFRANE GOUTTES NASALES

1 PULVERISATION DANS CHAQUE NARINE TROIS FOIS
JOUR AVANT LES REPAS 10 JOURS

14,00

4- DOLIPRANE 1000

1 COMPRIME EN CAS DE DOULEUR SANS DEPASSER
TROIS PAR JOUR

48,70

5-predni 20 mg

T: 205,30

3-COMPRIMES LE MATIN APRES LE PETIT DEJEUNE

JOURS

PPV: 14DH00

PER: 12/25

LOT: L3733

3-Diminuer le sel de votre alimentation durant 05 jours

Dr. A. CHRAIBI
Specialiste ORL
1, Rue Benghazi - Rabat
Tél.: 05 37 70 95 93
INP : 101042679



6 118000 040972

صيادلة المستشفى العسكري
PHARMACIE L'HÔPITAL MILITAIRE
4, AV Al Arz Hay Ryad - Rabat
Tél: 05 37 56 20 30
Inpe: 102032018

صيادلة المستشفى العسكري
PHARMACIE L'HÔPITAL MILITAIRE
4, AV Al Arz Hay Ryad - Rabat
Tél: 05 37 56 20 30
Inpe: 102032018

Dr Chraibi ALI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Résidence Tarfaya Rue Benghazi
centre-ville Rabat
chraibiali_ma@yahoo.fr
INP 101042679
Tel 0537701621

Le 23/01/2023, Madame ALAOUI نهاد نعيم

1- AUGMENTIN 1000 sachets 1 boite de 16

1 sachet X 3 PAR JOUR APRES REPAS 02 JOURS
puis 1 x deux par jour

2-SOUFRANE GOUTTES NASALES

1 PULVERISATION DANS CHAQUE NARINE TROIS FOIS PAR
JOUR AVANT LES REPAS 10 JOURS

4- DOLIPRANE 1000

1 COMPRIME EN CAS DE DOULEUR SANS DEPASSER
TROIS PAR JOUR

5-predni 20 mg

3-COMPRIMES LE MATIN APRES LE PETIT DEJEUNER 05

3-Diminuer le sel de votre alimentation durant 05 jours



DAILY



STÉRIMARTM

NOSE
HYGIENE
AND COMFORT

- Gently cleanses and moisturizes
- Helps to **breathe** better
- Prevents colds

Importateur Exclusif

Biocodex Maroc

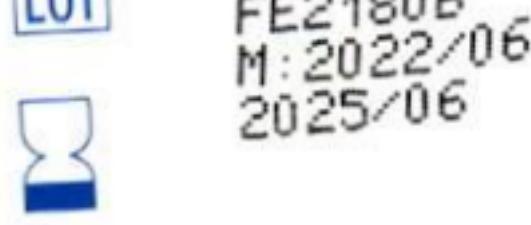
www.biocodex.ma

2,95 € 84,00 DH

Sea water
microdiffusion
100% natural

Rich in
TRACE ELEMENTS &
MARINE MINERALS

PHYSIOLOGICAL*
CHILDREN & ADULTS

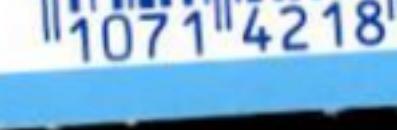


3 331300 097221 >

LOT



FE2180B
M:2022/06
2025/06



1071 4218