

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 ALCI

- 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.

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° W19-568451

par courrier
N° M9930

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 20678	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Maâmri Zouhida			
Date de naissance : 29/08/1945			
Adresse : 97 Jor Boniblone Appt 4 - Agdal festival Rondou AL AYNAH			
Tél. : 0661223102 Total des frais engagés : 305,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Najib EL OMARI Ex Médecin Colonel Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale Ex Médecin Chef de Service Oxygénotherapie Hyperbare H.M.I.M V - Rabat INPE : 101 104 704 </div>			
Date de consultation : 23/01/2023			
Nom et prénom du malade : Maâmri Zouhida Age: 1945			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA et Diabète artérale			
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 : 23/01/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MICHLIFEN Av. Michlifen, Agdal - Rabat Tel: 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87	13/02/23	105,50

INP 102042561

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

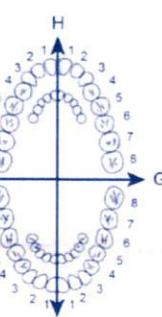
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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 H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412	21433552												
		00000000	00000000												
		<hr/>													
		00000000	00000000												
		35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			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															

Dr. Najib EL OMARI
Médecine générale

الدكتور نجيب العمري
الطب العام

- Médecin Colonel en retraite
- Ancien Médecin chef du service Oxygénotherapie Hyperbare Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat
- Ancien Médecin Chef de la Marine Royale

- طبيب كولونيل منتقاعد
- رئيس سابق لمصلحة العلاج بالأكسجين تحت الضغط المفرط بالمستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس بالرباط
- طبيب رئيسي سابق للبحرية الملكية

INPE : 101 104 784

ORDONNANCE

وصفة طبية

Rabat le : 13/02/2023

N^o MARAI 902BIDA

60,00

① AZ 80mg

sep/1

x 3 j

محلية مشطيفون
PHARMACIE MICH
2, AV. Michellien, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 53 54 / 0537 67 26 87

45,50

② CAFÉ FLAT 50

sep x 3/1 x 5 j

après les repas

105,50

③ Hydrogel gel buccal

40 g x 1

Dr. Najib EL OMARI
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygénotherapie

Hyperbare
H.M.I.M V - Rabat -

INPE : 101 104 784

Cataflam® 50mg

Diclofénac potassium

NOVARTIS

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

الرخصة: صاحب
Novartis Pharma Maroc
82, Bd Chefchaouini, Q I Ain Sebaâ 20590 -
Casablanca Maroc
التصنيع:
Novartis Pharma Maroc
82, Bd Chefchaouini, Q I Ain Sebâa 20 590
Casablanca - Maroc.

Liste II- Uniquement sur Ordonnance

كوفلالم 50 ملجم

Cataflam® 50mg

20 dragées

LOT: M22038
EXP: FEV 2025
PPV: 45,50 DH





Boîte de 3 comprimés
Voie Orale

Azithromycine

500 mg



GALENICA

Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

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

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

P.P.V. : 60,00 DH



6 118000 190097

E AZ BBB2V FA 02

صيدلية ميشلين

Rabat le : 13/02/2023

PHARMACIE MICHLIFEN

2, Av. Michlifen, Rabat - Agdal
Tél. : 037 67 - 26 - 87 / 037 67 - 53 - 54

R.C.35696 - C.N.S.S. 16694

Patente . 25723190

Mme H.A.T.R.I Zoubida

FACTURE N° 001485

QUANT	DÉSIGNATION	Prix .U	Total
1	AZ 50 mg	60,00	60,00
1	Ceteflum 50 mg	45,50	45,50
	?		105,50

Annexe la présente facture à
la somme de cent cinq dinars
et cinquante centimes

صيدلية ميشلين

PHARMACIE MICHLIFEN

2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat

Tél : 037 67 53 54 / 037 67 26 87