

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° W21-783364

130406

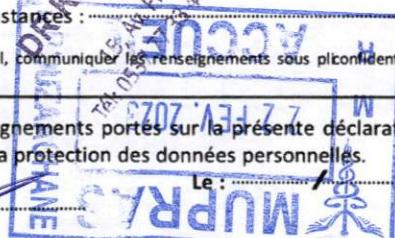
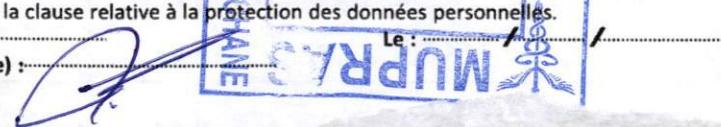
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12618	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Misbahia Abdallah		
Date de naissance : 19 - 08 - 1986		
Adresse : Résidence lilas Park 170 Bouskoura		
Tél. : 0663118 110	Total des frais engagés :	601,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Date de consultation :	/		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Copain	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	P		
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
24/01/2022	23	155	1620	NP : 104-Gsm.0051 38 00 51 2022 Rabat Agdal

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE MARJANE 20511300039	24/11/23	201.10

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	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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.

Pédiatre

Néonatalogie • Urgence Pédiatrique
Nutrition - Conseil de Régime
Pédiatrie Sociale et Préventive (vaccination)
Diplômé de la Faculté de Médecine
de BORDEAUX
Ex. Attaché à l'organisme de Traité
de l'Atlantique Nord
Ex. Attaché Militaire à l'Hôpital Med V
de Rabat



إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس

خريج كلية الطب ببوردو

24 JAN. 2023

Rabat, le : 24 JAN. 2023

Misbahⁱ

DR KINANI Mohamad
PEDIATRIS
15. AV. France Rabat Agdal
37 77 33 44-Gsm 0661 3500 35

MANNI Mohamed
PED/ATR/1
15, Av. France Rabat Agdal
Tel: 0537 77 33 44-Gsm:0661 38 00 88

18,50 Rhinat 10
1 cal x 21 J 15/75

55,00 Kinkel
1 cal x 21 J 10/10

127,60 Jesacine
1 cal x 21 J 5/5

T = 201,10

Tel: 0337

DR KINAI **Mc Mohammed**
PEQUATRE
15 Av. El Moudawia, Rabat Agdal
15377 77 33 MA 0661 38 00 32

DR KINAI M. MUSSE
PEDIATRE
25 Av. Ettore Rabat Agdal
Casablanca 10661 38 00 32
RJ

Kintex®

Formulation à base de plantes

CODE No /No DU CODE
MH/DRUGS/A YU-146
B No /No LOT: CK00632
MFD /FAB: 04/2022
EXP: 03/2026
(0)1890111009250
(21)P9AYCCY2J9DKCC



PPC 55.00 DH
CEN#20210907058/RQV4/DMP/CA/18

POSOLOGIE :

- Adulte : 15 ml trois fois par jour
- Enfant : 5 à 10 ml trois fois par jour selon l'âge

AGITER LE FLACON
AVANT CHAQUE UTILISATION

A CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 30°C.
A L'ABRI DE LA LUMIÈRE.

Contre indiqué pendant
la grossesse et l'allaitement

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants

Ne pas dépasser la dose recommandée.

LOT: RHINATHIOL 2% ENF
SIROP FL 125 ML
PER.: 04/2025
P.P.V: 18DH50

6 118000 061434

LOT: M0228
EXP: JUN 2025
PPV: 127,60 DH