

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.

M22- 0044079

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24 94 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Selmaoui Malika vve Kadi
 Nom & Prénom : Selmaoui Malika vve Kadi ND 3524
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Selmaoui Malika Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : 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) :


Adresses Mails utilisés

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : bec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PI MACIERYAD AL mm. 144 GH 22 Lot. E Casablanca - Tel: 05 22 89 35 44 05 22 139 23	13.02.2023	61.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	20/3 1300		

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 FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

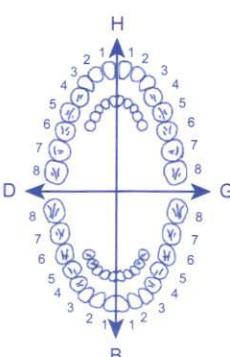
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE RYAD AL FATH

6 IMM144 GH 22 LOT FATH 3

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 32961302

N° R.C. : 446097

N° ID.F. : 37710751 N° ICE 002328597000080

N° CNSS : 5945996

Tel : 0522893544

Fax :

SLMAOUI MALIKA

I.C.E. :

Le : 13/02/2023

FACTURE N°: 103/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	RINOMICINE SACHETS.10	22.70	22.70
1	DOCIVOX CP	39.00	39.00

TVA 7%: 1.49 Total : 61,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

PHARMACIE RYAD AL FATH SARL AU
6, Imm. 144 GH 22 Lot. El Fath III
Casablanca - Tel: 05 22 89 35 44
06 21 13 92 23

بھارتی ایکٹھی میں ایک ایسا
کامیابی کا اعلان کیا گیا
کہ اس کا نام ایک ایسا
کامیابی کا اعلان کیا گیا

PHARMAS

LOT : 5060
UT.AV: 12-25
PPV : 22DH70

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'abeille.
 - Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
 - Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit sont préservées.
 - Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 10 jours.
 - Tenir hors de la portée des enfants.

COMPOSITION:

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait obtenu à partir de feuille de Thym (*Thymus vulgaris*); Feuille de Mauve (*Melissa officinalis*); Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique. Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation du Ministère de la Santé n°: DA 20171612029DMP/20UCAv1



Spray Voie orale

DociVox® Spray

Calme l'irritation et Soulage la douleur de la Gorge

PROPRIETES :

Docivox Spray gorge offre l'avantage d'une application très ciblée. Il permet de tapisser directement l'oro-pharynx pour un effet immédiat.

Dodovox Spray gorge est doté d'un embout pulvérisateur directionnel qui facilite l'application, notamment sur les parties de l'oropharynx difficiles d'accès.

Docivox Spray gorge est à base d'actifs naturels ayant des actions antiseptiques, adoucissantes et apaisantes.

Grace à ses propriétés, Docivox Spray gorge est un adjuvant spécifique pour le traitement de la sphère oropharyngée provoqués par le froid, les allergènes, la fumée, la pollution et les exercices sportifs.

Docivox Spray gorge permet un confort de la gorge irritée par soulagement qu'une sécheresse de la gorge, des picotements ou une difficulté à déglutir.

Docivox Spray gorge, grâce à sa formulation sans alcool ni conservateur, l'enfant.

Docivox Spray gel

COMPOSITION :

www.oxfordtext.com