

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 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° W21-768227

N 13x6

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11533		Société : RAY	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : NASR NOUNA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0600 643793		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDD N° : A 215/2010	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	Date de consultation : 24/08/83
	Nom et prénom du malade : NOUNA NASR
	Lien de parenté : Lui-même
	<input type="checkbox"/> Conjoint
	<input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : obésité
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 : 17 MAR. 2023	

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
26/02/23	C		1300,60	INP : 091233967

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NORD DR. RAHAL TICINA CIT' Annat. 52 ZRH64 N° 106.64.21.83.38 05.20.630.111	26/02/23	254,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553
D 00000000	B 00000000
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Dr. WAHID Souhail
Médecine Générale
Médecine D'Urgence
Médecine de Travaille



الدكتور وحيد سهيل
 الطب العام
 طب المستعجلات
 طب الشغل

Echographie - ECG

HTA

Diabète

Suivi de grossesse

Certificats d'aptitude

pour Conduite

SMECTA ORANGE VANILLE
 3G SACHET B30
 P.P.V : 52DH40
 118000 011460

101
 03/02/2026
 101: 01/02/2026

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

داء السكري - ضغط الدم

تتبع النساء الحوامل

شواهد رخصة السياقة

24 FEV 2023

MOUNA . NASR.

PHARMACIE NOUR VICTORIA
 Dr. RAHAL Haïdar
 Annasr. S21-ZR164 N° 1 Victoria City
 06.64.21.83.38
 05.20.630.111

= 254,160
 22,90

(1)

Loperamide

092088962

S.V

(2)

1 -

2 -

1 crant

99,00

Proctofen
 Sachet

sachet

Lot :
 Date de Fab :
 Date de Pér :
 PPC : 99 Dhs

(3)

50,00 1 -

Sachet /

/ 2 avant
 Sachet

S.V

10,

(4)

70,00 1 -

AISO

1 -

S.V

10,

(5)

PHARMACIE NOUR VICTORIA
 Dr. RAHAL Haïdar

Annasr. S21-ZR164 N° 1 Victoria City

06.64.21.83.38
 05.20.630.111

1 -

S.V

10,

FLAGYL 500 mg
 CP PEL B20
 P.P.V : 40DH80
 118000 060062

10,
 01/02/2021

فيكتوريا، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، او لا 5525 صالح بوسكورا

Vectoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura

الهاتف : 06 02 57 26 62 | المستعجلات : Tél. : 05 22 01 22 80

LOPERIUM® 2 mg

Chlorhydrate de Lopéramide

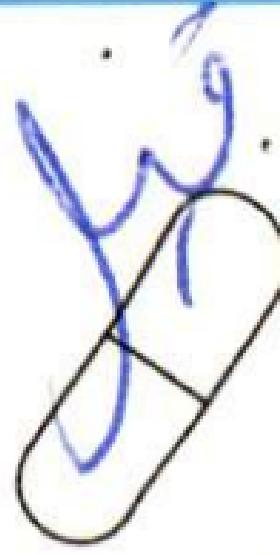
Diarrhée aiguë

b

bottu : 5.3
82, Allée des Chênaies - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



P.P.Y 200400
1-FR 00/95
1-11 1-2345



ADULTE

20 gélules
voie orale

LOT : 1714
UT AV : 08 - 25
P.P.V : 30 DH 50

ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension
buvable

Voie orale