

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 :	675	Société :	158409
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IKA LTDY M CHAUIKI		Date de naissance : 29/11/1966	
Adresse : APPS, 1 MM37, RÉidence Gaffag 6, Secteur Alzads, Hayayda, Sajé		Tél. 0660759500 Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Rabat Le : 01/03/2023

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
01/03/23	C	C	C	Signature du Médecin et cachet de la Sécurité Sociale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAB ARRAYAN AV IBN AL HAYTAM N°60 LAAYAYDA SALE FIX 05 37 87 14 84	01/13/2023	# 455.00 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

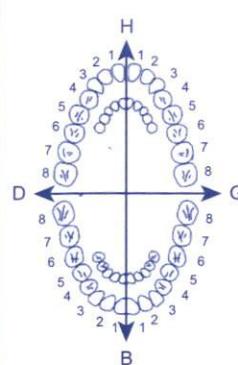
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(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.Soumaya BOUZIDI
BELMAJDOUB HASSANI
Cardiologue

Diplômée de la faculté de Medcine - rabat
Diplômée d'echographie cardiaque - Bordeaux
Diplômée de cardiologie pédiatrique - Paris V
Diplômée d'angiologie - Casablanca
Ancienne interne du CHU - Avicenne - Rabat
Ancienne interne de CHU - Strasbourg / Paris

الدكتورة سمية بوزيدي بن المجدوب الحسني
اختصاصية في طب القلب و الشريان



عيادة أمراض القلب و الشريان
CABINET DE CARDIOLOGIE

دربية كلية الطب - جامعة محمد الخامس - الرباط

طبيبة داخلية سابقا بمركز الاستشفاء ابن سينا - الرباط

متخصصة في المرضي بالعمر - كلية بوردو

متخصصة في فحص الشرايين بالصدري

متخصصة في طب القلب عند الأطفال - باريس

طبيبة متخصصة سابقا بالمستشفيات الجامعية - ستاربونج - باريس

ORDONNANCE

Youssef CHAOUKI

KALTOUN

$$3 \times 79.70 = 239.10$$

1^o- Azix Soumug plus 1cp : 1⁵j
126.30 1/2 cp/j x 8j.

2^o- Augmentin 1cp : 1⁵x 5g x 7j.

48.70

3^o- Solupred 20mg 3cp/j لـ mth x 3j

40.90

4^o- Zinaskin 1cp/j لـ mth.

C.055.00

PHARMACIE BAB ARRAYAN
AV IBN AL HAYTAM N°60
LAAYAYDA SALE
FIX 05 31 87 14 84

Millenium Business Center
Angle Avenue Mehdi Ben Barka
et rue P. S Mohamed, 1er étage
Souissi, Rabat
Tel : 05 37 65 51 23

Millenium Business Center

سيدي محمد، الطابق الأول، السوسيسي الرباط

ملتقى شارع مهدي بن بركة و زنقة الأمير

الهاتف : 05 37 65 51 23

لابروفاين
Laprofavan

حبوب ٢٠



زيز ٤٥

(زيز)
(ZINASKIN)

زيز

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024
LOT 18066 70

20 comprimés effervescents

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale



20 comprimés effervescents

SANOFI 

Lot/Batch: 4269A
Fab./mfg.: 10/2021
EXP: 09/2024

Solupred® 20mg



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g /125 mg sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH

LOT: 650794

PER: 08/24





P P V 79 DH 70
P M R 01425
L O T L 112



P P V 79 DH 70
P M R 01425
L O T L 112



P P V 79DH70
P M R 01425
L O T L 112