

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 21549			
Matricule : 9383	Société : RAIT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUSTAKIM SANIRA			
Date de naissance : 28-3-68			
Adresse : Res. des El Mekh Haga Roud Rabat			
Tél. : 066151855	Total des frais engagés : 498,75 Dhs		

Cadre réservé au Médecin 19105371743			
Cachet du médecin : Medecine Generale			
Date de consultation : 6/02/2020			
Nom et prénom du malade : MOUSTAKIM SANIRA Age : 52			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Arthrose			
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 : **6/02/2020** Le : **6/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **MOUSTAKIM SANIRA**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie du Mail Central Dr. KHAIDIDIER Lot 1, Lot 4, Gébeur 9 Rabat - Tél.: 05 34 11 00 INPE: 100	06/02/2020	248,7

ANALYSES - RADIographies

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr LAMOURI Faiçal

ICE 001621528000082

Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy

Assermenté auprès des tribunaux

Médecin conseil auprès du Consulat Général de France

Spécialiste en Médecine et biologie du sport

Médecin Morphologue et Anti Age (MMAA Paris Descartes)

Médecine Générale

Echographie Générale

lamouri_f@yahoo.fr

DATE 06/02/2020

madame MOUSTAKIM SAMIRA ,

23,90

POLERY Sp Ad Fl/200ml

1 càsoupe 4 fois par jour à distance des repas pendant 5 jours

MEGAFLOX 500 mg *92,50*

1 cp matin et soir pendant 5 jours

HEXAPNEUMINE Sp Ad Fl/200ml *27,00*

1 càsoupe trois fois par jour pendant 5 jours

BELMAZOL 20 mg *22,80*

1 gélule le matin av le repas pdt 7 jours

SOLUPRED 20mg Cpr eff B/20 *58,40*

3 cp le matin après le repas pendant 5 jours

COQUELUSEDAL Supp Ad B/12 *24,40*

1 suppo la nuit si toux

Spécialiste en Médecine et biologie
du sport
Dr. KHALID IDER
Lot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82
INPE : 102041019

Avenue Nakhil / Rue Attoute en Face de la Tour Maroc Telecom
Tel : 0537712442 Fax : 0537716705 Mobile : 0661153172

بلمازول®

أوميپرازول

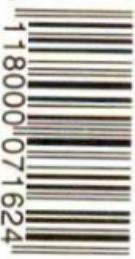
20 ملغ



BELMAZOL® 20 mg

7 gélules

6 118000 071624



7 برشامات

عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

22,50

Flacon de 200 ml

AMM N° : 271/98DMP/21

P.P.V. : 27,00 DH

l'acétal

LOT 192362
EXP 10/22
PPV 24,40 DH

DUK SU

LOT:478
PER:06/21
PPV:23,90DH

58,40

Solupred 20mg



AFRIC-PHAR
LOT 191094 EXP 01/2022
PPV :92DH50