

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-480955

ND: 29977



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 03508

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL YAZIDI ABDEKRAHMAN

Date de naissance :

30/06/50

Adresse :

RUE 528 N° 17 ERAC AGADIR

Télé. : 0666603124

54,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MOUNIR ZAINABA

Age: 54

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 : AGADIR

Le : 09/06/20

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. BIDNAZEN FATIMA ZAHRA AL BOUKHARI 100, Al-Iman Al Boukhari Eric Boukraa - Agadir TEL: +212 52 22 14 82	03/06/20	54,30

INP : 042034439

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° 20200611-291

Date de vente : 09/06/2020

Médecin traitant :

MOUNIR ZAINABA

ERAC

AGADIR, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
RINOMICINE ST B10 SACHETS	1	22,70	TVA (7.00%)	22,70
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80
DOLIPRANE CO 1000MG B8 COMP EFFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80

Total HT	50,75 DHS
TVA	3,55 DHS
Total	54,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-quatre DHS et trente centimes



دوبل بـ جران®
1000 ملخ

باراسيطامول

8 أقراص فواردة

الألوجاج و الحمى

Composition :

Paracétamol

Excipients q.s.p.

pour 1 comprimé effervescent.

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.

Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états

trippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Prévu à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans.

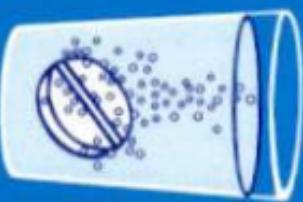
Logique : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures

entre

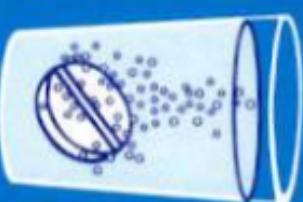
Adulte

à partir de

15 ans



الكتاب
ابتداء من
15 سنة



P P V 1 5 0 1 8 0
P E R 1 2 / 2 2
L G T 1 2 8 9 6
S



ون : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois
mais dépasser 4 comprimés par jour

دوالين®
500 ملخ

باراسيتامول

16 قرصا فوارا

لدوالين® 500 ملخ
دوالين® 500 ملخ - الدار البيضاء
دوالين® 500 ملخ - ميدان مسلول
دوالين® 500 ملخ - المطراني - ميدان مسلول

أذْوَاجَاعُ وَالسُّهُمُ

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL

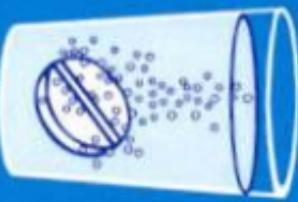
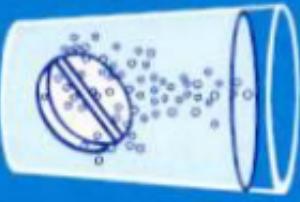
16 comprimés effervescents

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité.

NE LAISSER NI A LA PORTE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

للكبار والاطفال
إبتداء من 27 كلغ



Adulte et enfant
à partir de 27 Kg

R P V 1 5 D H 8 0
P E R 1 0 / 2 2
L O T I 2 2 0 0



18000 040354

bottU s.a.
B2, Allée des Casuarinas - Alh-Séda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نار ملهم®

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

٢٨١٧٥