

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

6



Déclaration de Maladie

N° W19-485076

40795

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 663501

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ouled Boumehdi Mira

Date de naissance :

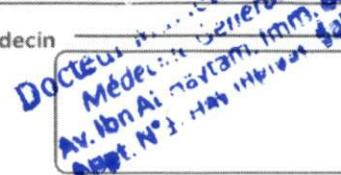
Adresse : Rue Alkasbah n° 54 Hay linbiat salé

Tél. : 06141646868

Total des frais engagés : 1445,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/04/20

Nom et prénom du malade :

Nacereddine Bouzichar

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

epid

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-485076

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumehdi Mira

Total des frais engagés : 1445,50 Dhs

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
1864170 ICE : 00051281300 Tél : 05 33 26 13 35	325.50	PHARMA INDUSTRIE EL WAHDAT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

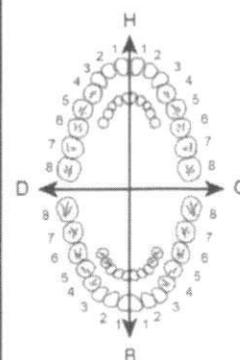
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Mariem ICHAR

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Diplômée en
Echographie générale



الدكتورة مريم إشار

الطب العام

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالرباط

حاصلة على شهادة جامعية

للفحص بالصدى

طبية معتمدة للفحص الطبي من أجل رخصة السيارة

Salé le : 18/12/2020 سلا في :

Noureddine Benmehdi

1) Antécédents

Actuel

2) IPS

2240

PHARMACIE EL WATAN
Sala, Al Fès, 63, Hay Inbiaat, Rue Hegab.
Tél: 05 37 81 288.

Dr. Mariem ICHAR
Médecine Générale
Av. Ibn Al Haytam, Imm. 86
Appart N°1 Hay Inbiaat, Salé

الرجو إحترام وصفة طبيبك

حي الإنبعاث شارع ابن الهيثم زنقة بابل (زنقة 16) رقم 86 الطابق الأول (أمام صيدلية الفندقية) - سلا

الهاتف : 05 37 80 82 19

I.B.S.

1 x par jour

I.B.S. convient aux personnes présentant une sensibilité de leur intestin et sujettes à des troubles intestinaux fréquents.

L'innovation de **I.B.S.** réside au niveau de sa souche brevetée LP299V®.

Déclaration nutritionnelle	Par capsule (0,485 g)	Par 100 g
Valeur énergétique	8 kJ 2 kcal	1600 kJ 390 kcal
Protéines	0 g	3,6 g
Glucides	< 0 g	88 g
Lipides	0 g	1,6 g

30 capsules de 485 mg/t - Poids Net : 14,55 g

Conseils d'utilisation :

1 capsule à avaler avec un verre d'eau de préférence le matin avant le petit déjeuner.

Ne pas donner aux enfants de moins de 36 mois sans avis médical.



PPC : 274 DH

6 111261 750086

Distributeur : Botanic Pharma S.A.R.L., Lotissement ZAHRE II, Lot n°4, Sidi Maarouf, Casablanca-Maroc

I.B.S.

probi•digestis™

REDUCTION DES GAZ ET DES SIGNES DE L'INCONFORT INTESTINAL

30 capsules avec une enveloppe
purement végétale

BOTANIC

Cultures probiotiques
Documentées par des études cliniques

A consommer de préférence avant fin :

N° de LOT :

09/2021

VM084

Pantoprazole GT® 20 mg
10 comprimés gastro-résistants
à 20 mg



6 118000 330509



بانطوبرازول ج ت 20 ملغ

عن طريق الفم
10 أقراص مغلفة تغليفًا معويًا
من فئة 20 ملغ

٢٠١٦

