

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun DAKHLA SAAD

Date de naissance : 1-4-54

Adresse : Maroc

Tél. : 0678.02.56.01 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur A. DAOUDI
O.R.L
5, Rue DERNA - Rabat
Tél. : 05 37 70 58 88

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : Benjelloun DAKHLA SAAD Age : 65 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hémochlorose

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 :

Le : 05/10/2020

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 attestante du Paiement des Actes
05/10/2020	ES		300,00	DOCTEUR A. DAOI RUE D'ERNAIS Tél : 05 37 70 18 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie GUEDIRAA Allat Ben Abdellah Rabat	5/10/20	451.80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 :

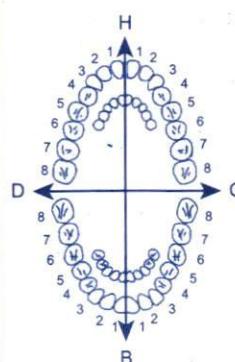
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. DAOUDI

Lauréat de la faculté de Médecine
de Nancy

DIPLOME D'OTO-RHINO
LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE



للدكتور عبد اللطيف الدلودي

خريج كلية الطب بنانسي

اختصاصي في أمراض الحلق
والأذن والأذن
جراحة الوجه والعنق

Rabat, 05/11/2020
الرباط، في

3880x2

~~77,60~~ Fleibron (220V) 2 flacons

2970 Azithrix (50)

16820 1 par jour x 3 jours

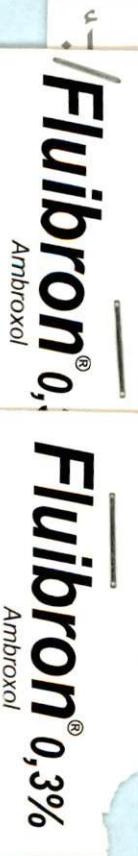
12630 Sigmenti (1gr) 7 sachets

~~45180~~ 1 menthe
1 levier

2 boîtes

Pharmacie GUEDIRA
Rabat
17, Av. Allal Ben Abdellah

Docteur A. DAOUDI
6, Rue DERNA
Tél : 05 27 44 44 44
Rabat



COMPOSITION :
Azithromycine (DCI) : 500 mg par comprimé pelliculé (sous forme d'azithromycine dihydraté : 524,00 mg).
Composition q.s.p. un comprimé pelliculé.
enfants de la portée de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de la lumière.

التركيبة :
أزيثروميسين : 500 ملجم في قرص ملطف.
(على شكل أزيثروميسين دايم هيدرات، 524 ملجم)
مرواتات كاك، لفross ملطف.
يحفظ بعيداً عن مراي ومتطلبات الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
و بعيداً عن الضوء.

Médicament autorisé N° 151 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance (Liste I)
يصرف فقط بوصet وصفة طبية . لاحقة



PPU: 168,20 DH
LOT: 629270
PER: 09/21



Augmentin® est une marque déposée
du groupe pharmaceutique KIKI.