

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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

- Reclamation : 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 type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 211093	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : U180		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHNATI TOUKIYA			
Date de naissance : 1954			
Adresse : Pendence I Amou Sinaï Imme B1/3 Appart 9 Extention Dakhla Agadir			
Tél. : 06 50 59 85 78		Total des frais engagés : 152,00	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  MUPRAS 09 MARS 2020 ACCUEIL </div>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
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'at ^e 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) :

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		152,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553
H	25533412 21433552								
D	00000000 00000000								
B	00000000 00000000								
G	35533411 11433553								
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX </p> <p>MONTANTS DES SOINS </p> <p>DEBUT D'EXECUTION </p> <p>FIN D'EXECUTION </p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX </p> <p>MONTANTS DES SOINS </p> <p>DATE DU DEVIS </p> <p>DATE DE L'EXECUTION </p>									
<p style="text-align: right;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE</p>									

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA
Bloc Boujdour N° 53 Ext.Dakhla
Agadir Tél : 05 28 22 94 45
INP : 04 202 7755
ICPE : 00050526600092

FACTURE

N°

agadir le: 29/12/2019

Sté:

B / I. N°:

Mode de paiement :

REFERENCE	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNIT.	MONTANT
	Inezium 20 mg/114 cp.	0.1	92,60	92,60
	Febrex st. ss. Ad.	0.2	20,00	40,00
	Antibio Signalaz gtt Auz	0.1	19,40	19,40
Total:				152,00

Arrêtée la présente facture à la somme
de: Cent cinquante deux Dirhams.

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA
Bloc Boujdour N° 53 Ext.Dakhla
Agadir Tél : 05 28 22 94 45

VISA:

Expedié par:

Nbre. de Colis

T
O
T
A
L

INEXIUM®

ésoméprazole

20 mg

إينكسيوم®
إزو ميرازول

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al acoum rachas
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
64075DMP/21NRC P.P.V: 92,60 DH
6 118001 020591

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14
قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

AstraZeneca

FAB. FEB-19
EXP. JAN-22
LOT ZCHK

Composition en substances actives:
Esoméprazole 20.00 mg
Sous forme d'esomeprazole magnésium trihydraté.
Pour un comprimé gastro-résistant
Excipients : QSP un comprimé gastro-résistant
Excipients à effet notoire : saccharose

Nom et adresse du Détenteur de l'AMM :
AstraZeneca Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles
92400 Courbevoie France
Nom et adresse du fabricant,
conditionneur et libérateur :
AstraZeneca AB Gärtnavägen
SE-151 85 Söderläje Suède.

F-BR-X®

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre
Voie Orale

PHARMED | LOT : 1265
UT.AV : 01-22
PPV : 20DH00

A24050

F-BR-X®

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre
Voie Orale

PHARMED | LOT : 1265
UT.AV : 01-22
PPV : 20DH00

A24050

101 مل



Antibio Synalar

Antibio Synalar

Antibio Synalar

Antibio Synalar

ANTIBIO SYNALAR

19,40