

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 type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire (14093)	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> A
Matricule : L1180		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KHANATI Toulisya		
Date de naissance : 1974		
Adresse : Residence Ibour Sina Fm. B1/3 App 49 Extension Dakhla Agadir		
Tél. : 05605982588	Total des frais engagés : 149,40	

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"/> 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'adresse du 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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DNP, 04 202 7755 PHARMACIE EXTENSION DAKHLA Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakha Agadir . Tél: 05 28 23 94 45		149,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

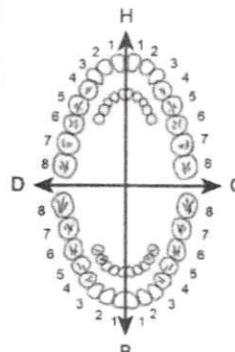
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

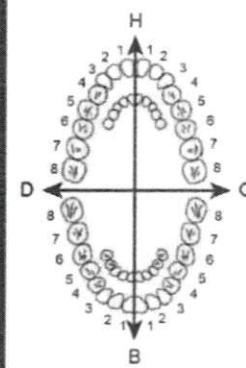
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA

Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla

Agadir. Tél : 05 28 23 94 45

DINP: 04 90 277 55

ICPE 1000505266000092

FACTURE

N°

Agadir le: 29/12/2019

Sté:

B/I.N°:

Mode de paiement:

REFERENCE	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNIT.	MONTANT
	Imodium sé	0.1	30,50	30,50
	Zucam st	0.1	20,00	20,00
	Aler-2 CP	0.1	84,00	84,00
	Algantil cp eff.	0.1	14,90	14,90
			Total	149,40

Arrêtée la présente facture à la somme
de cent quarante neuf Dirhams et
quarante centimes.

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA
Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla
Agadir. Tél : 05 28 23 94 45

VISA:

Expedié par:

Nbre. de Colis

T
O
T
A
L

Pour adultes
Voie orale

Zucam®

Paracétamol + Acide ascorbique + Phéniramine + Phenylephrine

Granulés

- RHUME
- ETATS GRIPPAUX
- ETATS FÉBRILES



10 sachets

Zucam®

Granulés

LOT N° :

UT. AV :

P.P.V. DH.

013018
07/21
20.00 DH



ALGANTIL® 200 mg

PPV 14DH90
EXP 05/2020
LOT 73008 2

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV :

COOPER
PHARMACEUTICALS

إيموديوم® 2 ملخ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

**احترم المقدار الموصوفة
Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER : 10/2022

LOT : 7MAD38

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50

9 118000 010845



... gélule(s) ... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAC

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable