

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-488795

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 61180 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHWATI Touriya

Date de naissance : 1975

Adresse : Residence Ibarou Sina Emw B1/3 App 49

Extension Dakhla ALADIR

Tél : 0560598588 Total des frais engagés : 149,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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'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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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
DNP: 042027755 PHARMACIE EXTENSION DAKHLA Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla Agadir . Tél : 05 28 23 94 45		149,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

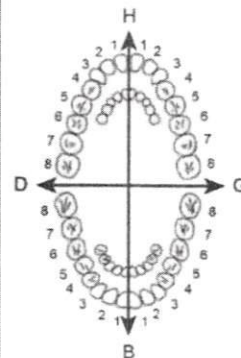
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

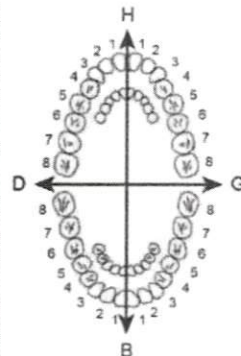
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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

INP: 049027755

ICE: 00050526600092

FACTURE

N°

agadir le: 29/12/2019

Sté:

B / I. N°:

Mode de paiement:

REFERENCE

DESIGNATION

QUANTITE

PRIX UNIT.

MONTANT

Imodium g

01

30,50

30,50

Zucam 8h

01

20,00

20,00

Aler-Z cp.

01

84,00

84,00

Algantil cp aff.

01

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

TOTAL

Pour adultes
Voie orale

Zucam[®]

Granulés

Paracétamol + Acide ascorbique + Phéniramine + Phenylephrine

- RHUME
- ETATS GRIPPAUX
- ETATS FÉBRILES



10 sachets

Zucam[®]

Granulés

LOT N° :

UT. AV :

P.P.V. DH.

013018
01/21
20.00 DH

10 أقراص فـمـا ثـرة

200 ملغ

إبيروفين

الغانتيل

العلام
الصمغ



ALGANTIL® 200 mg

PPV 14DH90
EXP 05/2020
LOT 73008 2



10 mg
Voie orale

ALER-Z
Cétirizine

28 x

Comprimés pelliculés



DURÉE					MATIN		MIDI		SOIR	

84,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV :



إيموديوم 2^م ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

PER.: 10 2022

LOT : 7MA038

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



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

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata

Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable