

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº W19-536683

N.D. 3847

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule <u>3942</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Retraité</u>
Nom & Prénom : <u>ELAÏT Chedid</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>Rue 76 n°35 oufia groupe P care</u>			
Tél. : <u>0666 339 277</u> Total des frais engagés : <u>169180 Dhs</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>Dr. CHAFIK FOUAUD MEDICIN EXPERT Bd Oued Oum Errahil 09 N° 4 Oufa Tel: 0522 24 51 05</u>			
Date de consultation : <u>11/05/2014</u>			
Nom et prénom du malade : <u>El Aït Chedid</u> Age : <u>-</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection respiratoire</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Le COUEIL</u>			
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 :

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
01/07/2019		1/500	1500	INP DR. CHAIX KOUAD MERCI EXP 21/11/2018 N° 5168 DR. CHAIX KOUAD MERCI EXP 21/11/2018 N° 5168

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
1/5/20	PHARMACIE DE LA MARELLAIS	092025014
3/7/20	INPE	092025014

ANALYSES - RADIGRAPHIES

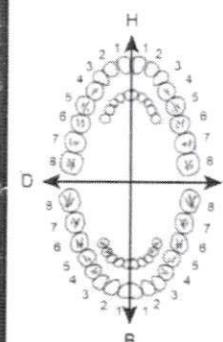
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			092025014

AUXILIAIRES MEDICAUX

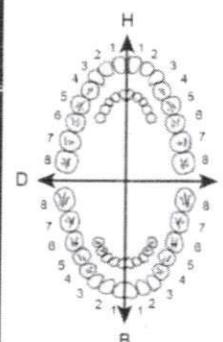
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553
B	G

(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'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبرير محلف لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى -

Casablanca, le :

01/05/16

Dr. CHAFIK FOUDI

PHARMACIE ECHOGRAPHIQUE
Mr. BEGUICHOUN NEZMA
313, Bd. Quai Tassifit
Casablanca - Tel.: 05 22 90 51 65
Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65

Dr. CHAFIK FOUDI

PHARMACIE EL LOTT
M. DE JEUJOUW NEAMA
313, bd. Cned Tensift El Oulja
Casablanca - Tel. 022.01.01

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

38,80



192,20

L

Autorisation ministrer

أنابريل 20 ملجم

Anapred 20 mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

lot: 160232
exp: 05/2022
40.900H



بديزولون
مرين الـ
فرص متسلل

مخبرات ديفا
ج. واحد صيدلي مسؤول
الدارالبيضاء - المغرب



وحدة



PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA
CASA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° CNSS: 2110542

Tel : 0522910023

Fax :

Mme EL AJI CHADIA

I.C.E. :

N° ICE 001619057000063

Le : 03/07/2020

FACTURE N°:

1128/20

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	INTEXTRIX 20 GELULES(PM)	33.90	33.90
1	DOLIPRANE 1GR CP	14.00	14.00
	TVA 7%:	3.13	Total : 47,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

Rachid LAMRINI, P. Sébâa Maroc Responsable

Am Sébâa Maroc
Quartier Industriel, Zembla
Km 10, route Oulâne 111

maphar

IPSEN Pharma



PPV: 14DH00
PER: 11/22
LOT: I2644

PHARMACIE EL LOTF
Mme BENJELLOUN
313 Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522.91.00.23

INPE 092025074