

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

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

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-458083

ND: 41734

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 900	Société : VEUVE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MADOU D HAFIDA			
Date de naissance : 12/07/1960			
Adresse : BLOC E 5 ét 53 cité DAKHLA AGADIR			
Tél. :	Total des frais engagés : 269,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22 SEP 2020		
Nom et prénom du malade :	MA'DOU D HAFIDA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Glycémie élevée		
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 : Agadir
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 29/06/2020

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-458083
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 900	
Nom de l'adhérent(e) : MADOU D	
Total des frais engagés : 269,20 Dhs	
Date de dépôt : 29/06/2020	

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
29/16/2020	C		150 DH	INP : 104H86 H H H 16 Dr. Khadija BEN HOUMAIDI Médecine Générale Diplôme de Diabétologie et Diplôme d'Échographie Générale et Diplôme de Gynécologie Médicale tel. 028 22 07 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> Pharmacie EL.MICHARI Av. M^{me} Hassan Ier N° 5 Dakhla - AGADIR Tél: 0528 29 97 60 - Tél/Fax: 0528 29 97 61 </p>	29/06/2020	119.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		 $\begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$ B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. Khadija BEN HOUMAIDA

Médecine Générale

Diplôme de Diabétologie et

Diplôme d'Echo graphie Générale

de la Faculté de Médecine de
Montpellier (France)

Diplôme de Gynécologie Médicale

de la Faculté de Médecine de Strasbourg

الدكتورة خديجة بن حميدة

الطب العام

دبلوم أمراض السكري

و دبلوم الفحص بالصدى الصوتي

من كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

دبلوم أمراض النساء

من كلية الطب بسترازبورغ

Agadir, le : 29/01/2025 أكادير، في :

m² M Aoud. HAFIDA

18,30

clopramine



Pharmacie EL MIGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65

1/4 d'hen

auT les repas

48.50

ribenal 50

05

14 - 28.15

au mi lieu des repas

2.40

Pharmacie El MIGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65

1/2 hen

les repas

Dr. Khadija BEN HOU
Médecine Générale
Diplôme de Diabétologie et
Diplôme d'Echo graphie Générale
et Diplôme de Gynécologie Médicale
Tél: 0528 22 07 44

شارع الحنصالي خيام 2 رقم 60 بلوك (س) - الهاتف 05.28.22.07.44 - اكادير

Av . Hansali - Khiam II N° 60 Bloc C - Tél : 05.28.22.07.44 - Agadir

Sm

PER : 02/2022
LOT : 9MA582

SMECTA 3G
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

Composition par comprimé :

Ornidazole (DCI) 500 m
Excipients q.s.p 1 Comprimé

PPV 18DH30

EXP 11
LOT 80

Tibéral® 500 mg



10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

CLOPRAM
Solution buvable

LOT : 19041 PER : 04/2024
PPV : 48,50 DH