

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.

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° W19-430030

50850

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 900

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : NEUVE

Nom & Prénom : MAOUD HAFIDA

Date de naissance : 12/07/1960

Adresse : BLOC E8 NR 53 CTÉ DAKHLA
AGADIR

Tél. : Total des frais engagés

268,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2020

Nom et prénom du malade : MAOUD HAFIDA

Lui-même

Nature de la maladie : cataracte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'indication de 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

Le : 14/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-430030

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) : MAOUD

Total des frais engagés : 268,00 DHS

Date de dépôt :

RELEVE DES MÉTIERS 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
14/09/2022	C		A.S.D.M	INF : DÉPENSATION Dr Khadija BEN HOUARIDA Médecine Générale Spécialiste de Diabétologie et Endocrinologie Radiographie Générale Médecine Médicale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>D</i>	<i>16/09/2012</i>	<i>118,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

VIOLET 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'ODP.

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'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
Q.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
 <p>H A 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>D B 8 7 6 5 4 3 2 1</p> <p>G C 1 2 3 4 5 6 7 8</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
 <p>H A 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>D B 8 7 6 5 4 3 2 1</p> <p>G C 1 2 3 4 5 6 7 8</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU FABRICIEN ATTESTANT LE DEBUT

VISA ET CACHET DU BRÉFICUL EN ATTENTANT L'EXÉCUTION

Dr. Khadija BEN HOUMAIDA

Médecine Générale

Diplôme de Diabétologie et

Diplôme d'Échographie Générale

de la Faculté de Médecine de

Montpellier (France)

Diplôme de Gynécologie Médicale

de la Faculté de Médecine de Strasbourg

الدكتورة خديجة بن حميده

الطب العام

دبلوم أمراض السكري

و دبلوم الفحص بالصدى الصوتي

من كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

دبلوم أمراض النساء

من كلية الطب بستراسبورغ

Agadir, le : ٢٠٢٠/٩/٥

M - MAUD - MARIA

Pharmacie EL MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
0528 23 97 64 - Tel/Fax: 0528 23 97 55



54.00

mebeverine 500 mg

٣٧/١٥

١٧ - ٢٠٢٠/٩/٥

63.30

042025551
INP

Pharmacie EL MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
0528 23 97 64 - Tel/Fax: 0528 23 97 55



Bio Recept

٣٧/١٥

٦٨.٠٠

٤٨.٠٠ +
capsules ٦٧٣

Pharmacie EL MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
0528 23 97 64 - Tel/Fax: 0528 23 97 55

Dr. Khadija BEN HOUMAIDA
Médecine Générale
Diplôme de Diabétologie et
Diplôme d'Echographie Générale
Diplôme de Gynécologie Médicale

شارع الحنصالي خيام ٦٠ بلوك (س) - الهاتف ٥٥.٢٨.٢٢.٠٧.٤٤ - اكادير

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

Khadija BEN HOUAIDA
Médecine Générale,
Diplôme de Diabétologie et
Diplôme d'Échographie Générale
et Diplôme de Gynécologie Médicale
Tél. 028 77 07 44

14/01/2020

Facture

M^r M^{me} DR. HAFIDA a payé

le 500 DH pour

consultation médicale

Dr. Khadija BEN HOUAIDA
Médecine Générale
Diplôme de Diabétologie et
Diplôme d'Échographie Générale
et Diplôme de Gynécologie Médicale
Tél. 028 77 07 44

Ballonyl®

Charbon activé

Confort intestinal



Favorise l'élimination des gaz

60 gélules
orale

Ingrédients

Charbon végétal activé (162 mg),
gélatine, dioxyde de titane.

Conseils d'utilisation

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau,
3 fois par jour à distance des repas,
en complément d'une alimentation variée et
équilibrée. Renouveler les prises en fonction
des sensibilités individuelles.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Complément alimentaire n'est pas médicament.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT : 200243

DLUO : 06/2023

63,30DH

MÉBEVERINE forte

Chlorhydrate de Mébénérine

30 comprimés pelliculés

Voie Orale



LOT
EXP
PPV

200959
05 2025
54.70