

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

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° W19-432694

ND: 50855

Maladie

Malade réservé à l'adhérent (e) : 1853

Dentaire

Société : RETRAITE

Optique

Autres

Matricule :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

DAKACH med NAÏZ

Date de naissance :

02/06/1953

Adresse :

BLOC 38 N° 4 MAISON N° 99

CITE DAKHLA AGADIR

Tél. :

0661323124 Total des frais engagés : 731,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 11 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-432694

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 : 1853

Nom de l'adhérent(e) : DAKACH

Total des frais engagés : 731,20 Dhs

Date de dépôt :

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/20	731.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

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.

RELEVÉ 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 canaleires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		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

Spécialiste
Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

الدكتور محمد بيكا
Docteur Mohamed BIGA

اختصاصي
مرض السكر - الكوليسترول - السمنة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

P =
TA =
Glycémie =

SuF
23 MAI 2019

Agadir, le :

- Lenvotriptan 25 = 1 Hadisni
→ Lenvotriptan 25 = 1 Saïda
→ Lontus Sibut 25 = 1
25. u.
→ Norrapid flexpen
10. u. midi
12. u. midi
12. u. soir
- Lipitor x 511.25
2 - j
- mult 1/2
 - 1 - 0
- Kardex 75
 - 2 - 0
- D. Curo 25000 دولاير

1. عمارة گرمان - شارع 29 فبراير - تالبورجت - أكادير الهاتف : 05.28.84.41.23
Imm.Guermane1 - Rue 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 41 23



Spécialiste
Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

الدكتور محمد بيكا
Docteur Mohamed BIGA

الاختصاصي
مرض السكر - الكولسترول - السمنة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

P =
TA =
Glycémie =

31 DEC. 2019

Agadir, le :

Rame Hadjoni
Sait

Age 33y
Sexe F 30 kg
30. u - mktu
15. u - mkti
182.80 20. 15 Nov.
Dipeptid 10 12.5 = 1 - 0 - 0
Bipretorase 51.2 no 03 11j
Levosthr 50 = 1] Jmk
Levosthr 25 = 1] Jmk
UX 142.90
Uu-1f 1M 3
MO.10
UX 30.70 C - cit vit D3
99.00 K antec 75 = 0 - 2 - 0
Magnézine = 11.

Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
Tél: 05 28 84 41 23

Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
1 Av. 29 Février TALBORJT AGADIR
Tél: 05 28 84 41 23

1. عمارة گرمان - شارع 29 فبراير - تالبورجت - أكادير الهاتف : 05 28 84 41 23
2. Guermane 1 - Rue 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 41 23

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI

61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI



DR LAMIA OUSSERHIR
DOCTEUR EN PHARMACIE
ICE 000505403000079

R.C :40224
T.V.A :IF 75768391
Banque:
Tél :0528-22-01-45

Patente:48145480
C.N.S.S:6554382

Le 13/11/2020

FACTURE N°219403

HADIANI SAIDA

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Trente Un Dirhams et 20 centimes.*

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10

 SERVIER

182,80

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10

 SERVIER

182,80

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10

 SERVIER

182,80

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10

 SERVIER

182,80