

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 à caractère personnel.

13/03/2022

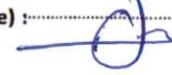
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 66402	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AKTER ZOUYL DRISS			
Date de naissance : 09 - 02 - 1965			
Adresse : 55 RUE 11 LOT EL WATHDA 1 DEROUA			
Tél. : 06 73 72 54 31	Total des frais engagés : 01540,80	Dts	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : HANIRANI KHADJA RAHIMA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 19/11/2022

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M attestant le Paiement des
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ 50 Lot Khadija 2 Derdaa Tel: 0524515869 INPE: 062071030	10/07/2022	18 kg, 80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

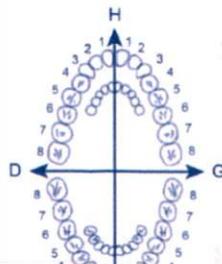
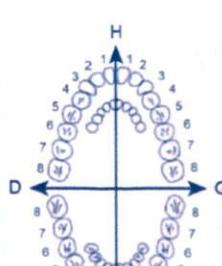
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
608070A	maphar	ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30 P.P.V. : 116,80 DH	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
		6 118001 181636	LOT D455069H.2 UT AV 07 2024 PPV 111.00 DH
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	25533412 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS
B	21433552 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTE</p>			
<p>LOT D455069H.2 UT AV 07 2024 PPV 111.00 DH</p>			
<p>A.F.</p>			
<p>LOT D455069H.6 UT AV 07 2024 PPV 111.00 DH</p>			
<p>LOT D455069H. UT AV 07 2024 PPV 111.00 DH</p>			



PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

DR ELFAIZ

R.C :21908

Patente:55800221

T.V.A:

Tel :05 22 51 58 69

Le 19/10/2022

FACTURE N°856

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI KHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	INS HUMALOG MIX 50 / 1 STYLO	111,00	666,00		
1	LIPANTHYL 160MG / 30 CPS	116,80	116,80		
2	BANDELE BIONIME / 50	130,00	260,00	43,33	20,00
1	AIGUILLES MEDIFINE 6 MM 50PCS	70,00	70,00	11,67	20,00
1	JANUMET 50/1000 / 56 CPS	437,00	437,00		

PHARMACIE EL FAIZ
50 Lot Khadija 2 Deroua
Tel:05 22 51 58 69
INPE:062071030

TOTAL T.T.C :

1 549,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant
			330,00	55,00
Arrêté la présente facture à la somme de : Mille Cinq Cent Quarante Neuf DIRHAMS et 80 centimes.				



GS300

1130

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2024-01-07

LOT

212232504



4 710949338558

Maroc Diabète Plus

94 Abou Assalt

Casablanca Morocco



GS300

1130

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2024-01-07

LOT

212232504



4 710949338558

Maroc Diabète Plus

94 Abou Assalt

Casablanca Morocco





MediGlobal®

Medi Fine®

Demandez la liste des



MediGlobal®



MAROC



CORÉE DU SUD

Fabriqué au Maroc par **MediGlobal®**

22 Lot Mauritanie, Zi Ain Sebaa

Casablanca Maroc

Tél : 05 22 34 32 49 - Fax : 05 22 66 26 53

E-mail : mediglobal@mediglobal.ma

LOT : 19FNB206M

EXP : 20/02/2024

REF : MG31-6M50

mm

31GX50pcs