

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-665322

148397

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5281

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAFIF

A. Sra

Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 062363841

Total des frais engagés : 07 FEV. 2015 Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

KHAFIF ASRAI Affection digestive

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
28/11/2022	en Ambre régime	6		INP : 1410096541 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/2022	370.9

ANALYSES - RADIGRAPHIES

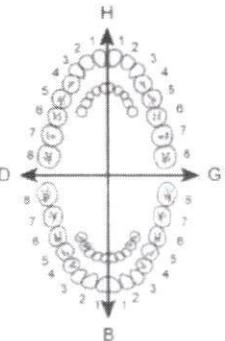
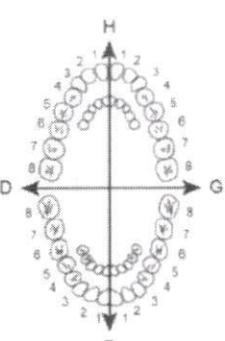
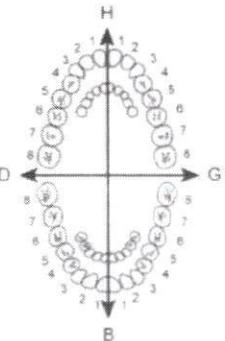
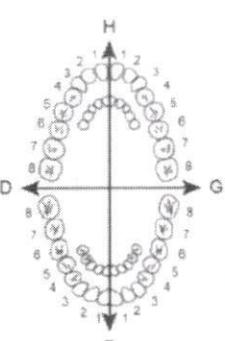
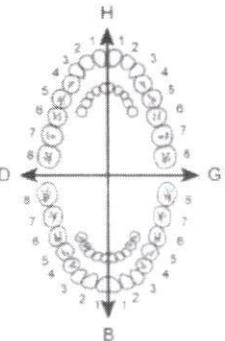
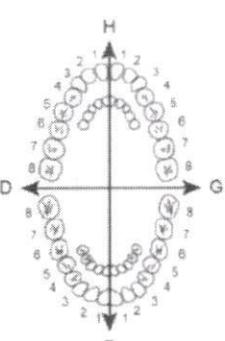
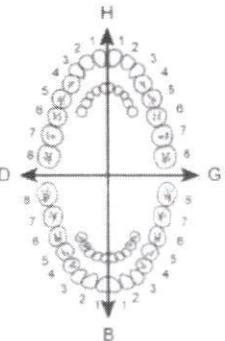
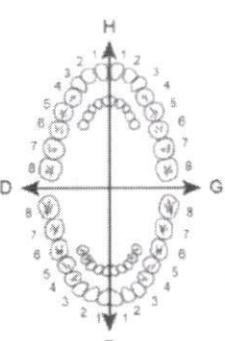
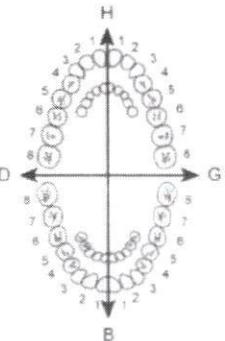
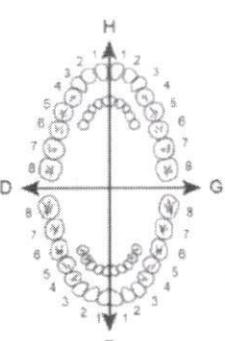
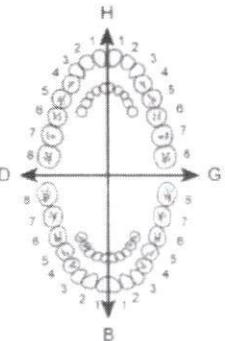
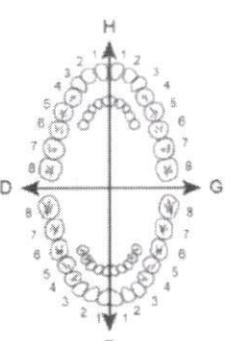
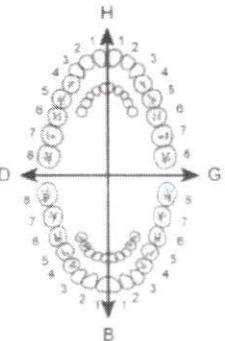
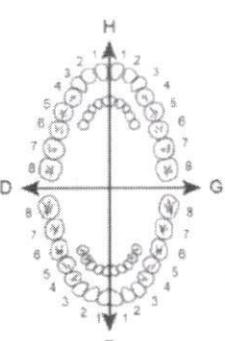
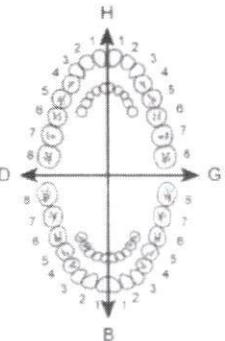
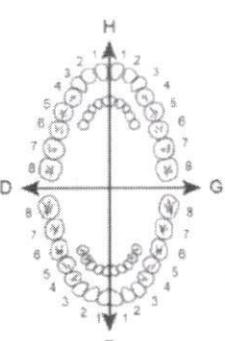
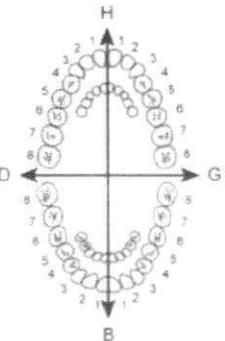
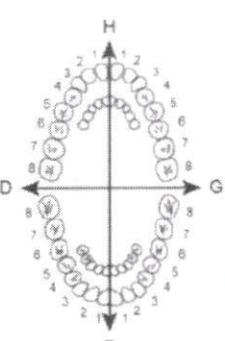
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

		<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"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		<input type="text"/> DATE DU DEVIS
		<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

H 25533412 21433552
00000000 00000000

D 00000000 00000000
35533411 11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

LEN
ANIQUE/CINEOL
CID/CINEOLE
100 mg
LOT 222431
EXP 07/24
PPV 154.60 DH

Voie Orale
AVANT APRÈS
EFFORCE

144150

متر

مقدمة متر

8421622

LEVENTEROL®

A consommer de préférence avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

79,80 DH
Lot: I2204403
Per: 08-2025

KHAFIF ASSOCIA --



~~EUZOL 200 mg (b28)~~

~~15/60 - 1x28 x 28 x 150 (b24)~~

~~- 2) - Dri pene 200 mg (b24)~~

~~28 x 28 x 28 x 150 mg~~

~~3) - levenerol 200 mg~~

~~28 x 28 x 28 x 150 mg~~

DR Amin
Abdelaziz

3789



شارع مولاي عبد الله، حي بورمانة، طريق إيموزار - فاس

73 Avenue Moulay Abdellah, Hay Bourama, Route Imouzzer - FES

05 35 65 64 97 05 35 65 71 84

polyclinique.taiba@outlook.fr / polycliniquetaiba@gmail.com

ICE : 001216963000070 - IF : 18729310 - Patente : 13251780 - CNSS : 5818185