

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

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° W19-500462

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1784			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : RAM 34183	
Nom & Prénom : CHAROUI MOU LA ERRAGOUBA			
Date de naissance : 27.03.1956			
Adresse : 23 RUE 823 ♂ ALMASSIRA AGADIR			
Tél. : 0670 300 356	Total des frais engagés : 524,80		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. WIFAK Malika <i>Cabinet Médical</i> N° 29, Rue 337 Amzahr Agadir Tél. 0528 22 23 11	
Date de consultation :	Age:
Nom et prénom du malade :	
Dr. WIFAK Malika <i>N° 29, Rue 337 Amzahr Agadir</i> Tél. 0528 22 23 11	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-500462

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **1784**

Nom de l'adhérent(e) : **CHAROUI**

Total des frais engagés : **524,80**

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
04/05/2023			2024,14	INP : Dr. WIFAK Malika N° 29, Rue 337 Amsohia - AGADIR Tél: 05 28 23 31 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TORKAL 74, Bd. Houaïdou Cité Massira Agadir - Tél: 05 28 23 78 72	4/5/2023	INR 324,80 042056499

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 :

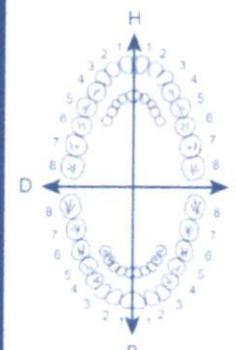
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur WIFAK Malika

Médecine Générale

Rue 337 N° 29 Cité Amsernat - Agadir

Tél : 05 28 23 31 75

Agadir MAI 2020

الدكتورة وفاق مليكة

الطب العام

زنقة 337 - رقم 29 حي أمسنات - أكادير

الهاتف: 05.28.23.31.75

أكادير في

700 Hafida
46.76x2

ABUBAHR

① Prameluk N° 2



2cp } + 6 Sir x 20 ;
5 Sir

② Dicayuno 500 mg



③ Tamiflu 75 mg



1cp x 2 } , x 2mg

afs :

46.70 x²



Primalut N°2

zepl : 68.0 x 70,

324.80

McGraw-Hill
Mathematics



319334

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

Tardyferon® 80 mg

11000 | 10304 |

6
1118001103041

Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

30 comprimés pelliculés

卷之三

Tackvärde 100

1000 | Page

6
118001-102061

10

PPV : 40.50 DH

Interferon 80 mg

30 comarques del circuite

Distribué par COOPER PHARMA

319334
173/17/DMP/2

819

3

21

AMMN 473/17/DMP/21/NRQ

PPV : 40.50 DH

at 0.076 b.p.

بayer - سوچ
بayer لیست[®] | أنسیات الارجنتین-برون

بayer - ®

نیور - **لیست** [®] **بایر** آسپیتات الکترو-بیوتیک-میرن

ପ୍ରକାଶନ 500 ମାତ୍ର

1

57,00

Docteur WIFAK Malika

Médecine Générale

Rue 337 N° 29 Cité Amsernat - Agadir

Tél : 05 28 23 31 75

الدكتورة وفاق مليكة

طب العام

زنقة 337 - رقم 29 حي أمسنرات - أكادير

الهاتف: 05.28.23.31.75

Agadir, le 4 MAI 2020

أكادير في

Mr ABH B Ales Hafida

English below

- Cut right side, m.f.,
some of mucus.
- Op. all

N° 29, Rue 337 Amsernat - AGADIR
Tél: 05 28 23 31 75
Dr. WIFAK MALIKA

Docteur WIFAK Malika

Médecine Générale

Rue 337 N° 29 Cité Amsernat - Agadir

Tél : 05 28 23 31 75

الدكتورة وفاق مليكة

الطب العام

زنقة 337 - رقم 29 حي أمسنرات - أكادير

الهاتف: 05.28.23.31.75

Agadir, Le: ٠٦-٥-٢٥
أكادير في:

Note d'Honoraire

AGHTBAZOU HA FIDA

Km = 200

DA

e D

Dr. WIFAK Malika
Cabinet Médical
N° 29, Rue 337 Amsernat - AGADIR
Tél: 05 28 23 31 75

