

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire <i>21095</i>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>L180</i>			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>K.H.NATI TOLRIYA</i>			
Date de naissance : <i>1954</i>			
Adresse : <i>Residence Ibnou Sina Imme. B113 App 49 Extension Dakhla Ben Amd</i>			
Tél. : <i>0660598588</i> Total des frais engagés : <i>150,80</i>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <i>09 MARS 2020</i>			
Nom et prénom du malade : <i>ACCUEIL</i>			
Age : <i>Combiné</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
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'at: 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP 104 202 225 PHARMACIE EXTENSION D'ALIA Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dahlia Agadir. Tél: 05 28 23 94 45		150,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

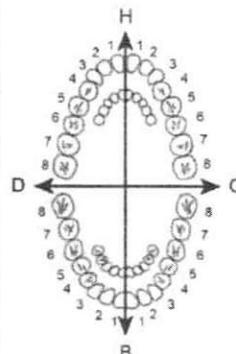
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

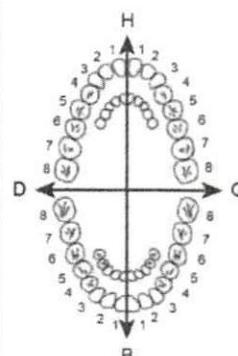
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutualité



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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'EXE

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA
Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla
Agadir. Tél : 05 28 23 94 45

INP : 04 202 7755
ICE : 00050526600092

FACTURE

N°

agadir le : 29/12/2013

Sté :

B / I. N° :

Mode de paiement :

REFERENCE	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNIT.	MONTANT
	Larmabak collyre	01	54,10	54,10
	Hexomedine Sol TC	02	14,00	28,00
	Polydexa gtt	01	21,80	21,80
	Acticarbine cp	01	46,90	46,90
				Total: 150,80
	LARMABAK 0,9% Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH			
				
	6 118001 100651			
	Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amira DAoudi			
	Arrêtée la présente facture à la somme de: Cent cinquante Dirhams et 80 centimes.			
	PHARMACIE EXTENSION DAKHLA Bloc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla Agadir. Tél : 05 28 23 94 45			
VISA :	Expedié par :	Nbre. de Colis	T O T A L	

اکٹیکارپیں

كلورهيدرات البابافيرين / فحم منشط

ACTICARBINE 70 MG Comp (84)

PPV 46.90 DH SOTHEMA



6118001070015



Boyez pendant
Ne pas coudre
sans aiguille la machine

قرصا مغلفا أليضا 84

لعلاج عسر الهضم و انتفاخ الأمعاء

**Titulaire de l'AMM / Distributeur : SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc**
Sous licence ELERTE
**Fabricant : Laboratoire AJC PHARMA
16120 Châteauneuf-sur-Charente - France**



3400934312908
LOT: AJC071
EXP: 10/2022

A. Benkabou, Pharmacien Responsable
Roches Noires - Casablanca
20-22, Rue Zoudbier Bouy F, Agouam
Laboratoires SYNTHEMEDIC



Usage Extreme

flacon de 60 ml de
solution à 1,5 %

Antiseptique
Antibactérien

hexamidine

transcutanée

Hexomedine®

إكزوميدين®

عاشر للجلد
إكزاميدين

14,00

قارورة 60 مل



A. Benkabou, Pharmacien Responsable
Roches Noires - Casablanca
20-22, Rue Zoudbier Bouy F, Agouam
Laboratoires SYNTHEMEDIC



Usage Extreme

flacon de 60 ml de
solution à 1,5 %

Antiseptique
Antibactérien

hexamidine

transcutanée

Hexomedine®

إكزوميدين®

عاشر للجلد
إكزاميدين

14,00

قارورة 60 مل



SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler



21,80

