

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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° P19-0019235

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAKHLOUF Rachid Date de naissance : 29/03/54

Adresse : 294 ANAKIS II NHAÏL SUD / RAK

Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : 222,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 16.04.2021

Nom et prénom du malade : BENHAKHLOUF Rachid Age : 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RCH

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 : RAK Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0019235

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 : 2279
Nom de l'adhérent(e) : BENHAKHLOUF Rachid
Total des frais engagés : 222,00 DH
Date de dépôt : / /

RELEVÉ 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
	Contrôle	GT		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/21	222,00 DHs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

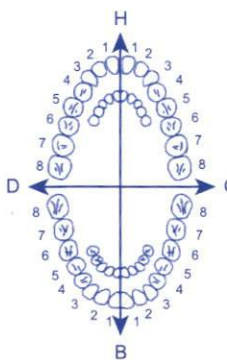
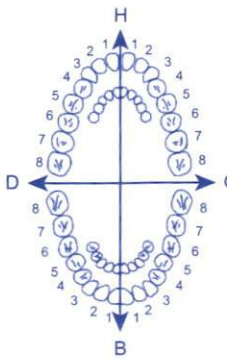
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Charaf Lalla Keltouma
Spécialiste En hépato-gastro-entérologie
et proctologie
Vidéo - Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale



الدكتورة شرف للاكلتومة
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
والكبد و البواسير
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى الصوتي

Mme/Mr Ben makhlouf Rachid Le :

LOT: 793-18
EXP: 06/2021
PPC: 53.00 DH

14,50 x 2 + 53,00 x 1
ghe-mo fast supp + HCE creme

^ - 0 - 1 (x8j)

140,00 x 1

2) 1 le b pde c cabrisant

1 - 0 - 1

(x15j)

= 222,00

Disponible sur www.dabadoc.com

شقة 88، الطابق الأول، بلوك L، إقامة البساتين، شارع كماسة، المحاميد - مراكش.
Appartement 88, 1er étage, Bloc L, Résidence AL Bassatine, Avenue Guemassa, Mhamid - Marrakech.



05 24 37 15 58



06 61 23 74 32



dr.charaf.keltouma@gmail.com



www.marrakech-gastro-charaf.com — ICE: 001799753000080

14,58 JH X2
Hemofast®

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50

14,58 JH X2
Hemofast®

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50



Pommade dermique
à base de plantes
30 g

0,25% β -sitosterol

Ce médicament contient de l'huile de sesame comme excipient à effet notoire
Industries Pharmaceutiques du Golfe, Ras Al Khaimah, E.A.U.

140,00 DH

Julphar

Avec l'autorisation de Beijing Guangming Chinese Medicine Institute for Burns, Wounds & Ulcers, China et de l'inventeur de MEBO, le Professeur Xu Rongxiang.

Indications: MEBO est utilisé pour le traitement de tous les types de brûlures, de lésions traumatiques ou infectées, d'ulcères des jambes et de la peau. MEBO rend à la peau son état naturel. Comment l'utiliser? Etendre une couche d'un mm d'épaisseur sur la plaie et répéter cette application toutes les 4 heures après avoir essuyé soigneusement de pommade et de liquide avec un mouchoir en papier doux ou un morceau de gaze; Lire la notice intérieure pour les instructions détaillées. **Tenir hors de la portée des enfants.**

Conserver à des températures inférieures à 25°C.

AMM: 1584DMP/21/NNP

Distribué par les: Laboratoires Novopharma,
Z.I.12, Tit Mellil, Casablanca. A. Faidi, Pharmacien Responsable

NOVOPHARMA

LOT

UT.AV

P.P.V

140,00