

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

130780

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 10975		Société : RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ELGUERGAAI ICAMAL		
Date de naissance : 29/07/1975		
Adresse : ITABI TUCILLE		
Tél. : 0668 779488	Total des frais engagés : 708,40	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Dr. ABDELLAH BELLA Dermatologue Venerologue Immeuble Ait Souss app 3 Avenue Hassan 2 Agadir 30/02/2025 28 84 48 04		
Date de consultation :	Nom et prénom du malade :	
30/02/2025	ELGUERGAAI KATAL	
Lien de parenté :	Age :	
<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Enfan	
Nature de la maladie :		
Myosite cérébrale		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : DAKAR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/03/2021

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
30/02/2022	S	2	250,00	INP : Dr. ABDELLAH BELLA Dermatologue Venerologue Imr Ait Souss app 3 Avenue Hassan 2 Agadir Tél : 05 28 84 48 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUED EL HASSAN DR. WAHBI ABDERRAHMANE Tel : +212 528 890 300 INPE 0120466860	30/02/2022	458,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. WAHBI ABDERRAHMANE Tel : +212 528 890 300 INPE 0120466860	20/02/2022		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

D.O.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

30) Mycoderme crème

36,7% ~~Atij le fait~~

sur pieds et entre
les orteils

19,8%

pol 200g

40) Mycoderme poudre

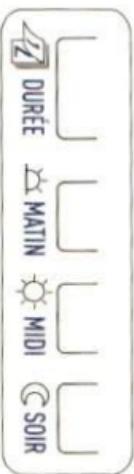
dans les chaussettes
et les chaussures

50) Etran plâtre Day long
Face sensitive 50+

134

Dr. ABDELLAH BELLA
Dermatologue Venerologue
Marrakech Souss app 3 Avenue Hassan 2
Agadir
Tél : 05 28 84 48 04

LOT 210833
EXP 01/2024
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

ODES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale



COOPÉR'PHARMA

أونيفين 250® مع تربينافين

ONIFINE® 250 mg
28 Comprimés



6 118001 151035

28 قرصاً



Terbinafine

ONIFINE® 250mg

LOT: 030
PER: AVR 2024
PPV: 237 DH 00

مختبر الصيدلانية

MYCODERME® 1%

Poudre dermatique
Nitrate d'éconazole

Usage externe

LOT : 08221022
PER : 09/2026
PPU : 49,00 DH

Flacon de 30 g



MYCODERME® 1% CREME

LOT: 08022017
PER: 05/2027
PPU: 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Tube de 40 g

MYCODERME® 1% CREME

LOT: 08022017
PER: 05/2027
PPU: 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g

IBERMA

Le : 30/07/2022

ORDONNANCE

Mr. EL GUERGAA KAFAL

facture

Pour consultation de dermatologie

Fr L 250,00 DH, Fr

Deux cent cinquante DH

Dr. ABDELLAH BELLA
Dermatologue Venerologue
Imm Ait Souss app 3 Avenue Hassan 2
Agadir
Tel : 05 28 84 48 04