

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.

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° W21-647242

131063

par coupon

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2563

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : AHMED CHENNOUNI

Date de naissance : 30.06.1946

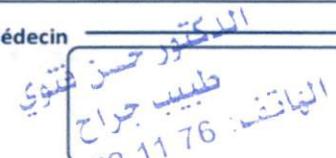
Adresse : N° 161, Rue Sijilmasa, Bajr 1 - ESSAOUIRA - 44000

Tél. : 06 11 71 71 09

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 64 72 11 76

Nom et prénom du malade : CHENNOUNI AHMED Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Céutopatique chronique

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 : Casablanca

Le : 09/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-647242

✓ 2

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
01-08-2015		300.000 DT		INP : 041056641 حسن قنوي طبيب جراحي مكيان

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi Magdoul N°1 Lotissement 5 Essaouira tel: 05 24 47 29 35	04-08-2022	403,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000 00000000																
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

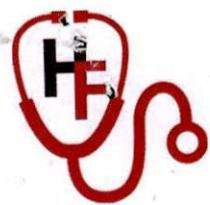
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hassane Fetoui

Chirurgien

Chirurgie Générale
Coelio Chirurgie
Echographie Générale



الدكتور حسن فتوى

طبيب جراح

الجراحة العامة - الجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى

ORDONNANCE

Essaouira, le

04/08/22

Mr Chemouni Ahmed

5950

1) Alpénide 50g



245,00 Tvp 1j le Scen Anesai

2) Affloren 4



99,00 Tvp 1j Anesec

3) Lixiphen

103,50 Tvp 1j

15j

Pharmacie Sidi Magdoul
N°: 4858

Date: 04-08-2021

Tél: 05 24 47 29 35

الدكتور حسن فتوى
طبيب جراح
الهاتف

Pharmacie Sidi Magdoul
N°1 Lotissement 5
Essaouira
Tél: 05 24 47 29 35

10، زنقة واد المخازن باب دكالة الصويرة

الهاتف: 05-24-78-48-06 - المحمول: 06 64 72 11 76 - e-mail: hassane.fetoui@gmail.com

LIXIFOR

T N

COMPOSITION : Dose par gélule

- Séné	140 mg
- Radis Noir	75 mg
- Anis Etoilé	75 mg
- Cascara	30 mg

PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

PRESE

Lot/A consom
de préférence :

XI019 0126

LOT

PER

Prix

99-00



הַדְּבָרִים
בְּשָׁמָן

476/16DMP/ZINPP : ₪ 100amm
313/16DMP/ZINPP : ₪ 200amm
237/16DMP/ZINPP : ₪ 100amm
238/16DMP/ZINPP : ₪ 50amm

2017 גִּילְגִּילִים בְּשָׁמָן

10877
הַדְּבָרִים
בְּשָׁמָן

הַדְּבָרִים
בְּשָׁמָן

הַדְּבָרִים
בְּשָׁמָן

הַדְּבָרִים
בְּשָׁמָן

59,50

ALPERIDE 50 mg
30 comprimés sécables

