

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-657690

par courrier

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01650

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

ABELKHIR

Date de naissance :

03/08/58

Adresse :

421, Avenue de Marrakech

Tél. :

06 11 69 92 35

Total des frais engagés :

377 Dhs

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Autre

KARIMA

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Autre

AB3AS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
Diabétologie
279, Rue Djajana Assif B Cité Mohammadib
Marrakech - Tél : 05 24 29 66 72

Cachet du médecin :

Date de consultation :

31/8/2022

Nom et prénom du malade :

ABELKHIR - Karim 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cezane

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 :

Le : 31/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ABELKHIR

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-657690

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 :

01650

Nom de l'adhérent(e) :

ABELKHIR

Total des frais engagés :

377 Dhs

Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. LEGHZAÏR BELKAÏD</i>	<i>22-9-2022</i>	<i>227,-</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																					INP : <input type="text"/>				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td></td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																	
		H	25533412	21433552																																																																																																																																																																																																												
		D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																												
		B	00000000	11433553																																																																																																																																																																																																												
		G	35533411																																																																																																																																																																																																													
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																																																																																																																																														

Docteur ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)
Cité Mohammadia - Marrakech
Tél. : C/D : 05 24 30 66 72

Diabetologue

Marrakech, le :

3 8 2022

كلية الزنجاري عفيفة

الطب العام

زنقة أبي دجانة 279
ب(ب) الجي المحمدى مراكش
بانف: مكتب / منزل: 05 24 30 66 72

اختصاصية في أمراض السكري

مراكش، في:

ABERKHIR - تاریخ

168,00

1) Bactospray



1 pul x 8,1 ml

30,00

2) Locotop



100% 1 ml

3) Nystatin poudre



49,00 1 g + 18,00

297,00

LOT : 22E007
PER 01/2025

LOCATOP 0,1%
CREME 130G

P.P.V: 300H00



6 118000 012061

Dr. ZENJARI Afifa
Médecin Générale
Diabetologue
279, Rue Dajana Assif B Cité Mohammadia
Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

PHARMACEUTIQUE BENEDICT RAYA
DR. LEGHZAAR RAYA
279, Rue Dajana Assif B Cité Mohammadia
Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

CONSEILS D'UTILISATION

Vaporiser le produit pur directement sur les zones concernées, ne pas rincer.
Usage externe. Ne pas avaler.

COMPOSITION

Chlorhexidine, Chlorure de benzalkonium, Chlorphénésine, Glycérine, Propylène glycol.

INGREDIENTS

Aqua, propylen glycol, glycerol, benzalkonium chloride, chlorhexidine digluconate, chlorphenesin.

BACTOSPRAY

LOT: BGB61
EXP: 07/2024
PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX
France

MYCODERME® 1%

Poudre dermique
Nitrate d'éconazole

LOT : 08221016
PER : 06/2026
PPU : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g

