

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06597 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELKARIN

ABDELLAIF

Date de naissance : 10/08/1961

Adresse : Allal Ben Abdellah et Ben Yakkine

Tél. : 06.59.55.3957 Total des frais engagés : 61.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 08.12.2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 20/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/12/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0 38431

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 : 06597

Nom de l'adhérent(e) : ABDELKARIN

Total des frais engagés : 61.60

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  BOULEVARD DES 39 94 559 TANGER | 28/02/23 | 61,60 |

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 | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid on the arch: the horizontal axis (D to G) and the vertical axis (B to H). The teeth are arranged in a curve, with the numbered teeth following a specific pattern along the curve.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DFVIS

DATE DE
L'EXECUTION

PHARMACIE AL ANDALOUS DE TANGER srl.au

Dr BENJELLOUN TAOUIFIQ

+212539946910

118 BOULEVARD MOHAMED V, TANGER



Facture N° 20230228-838

Date de vente : 28/02/2023

Médecin traitant :

ABDELKrim ABDELATIF

Maroc

Produit

HEXAPNEUMINE SI ADULTE 200ML SIROP



Qté.

P.U

TVA

Total

DOLIPRANE CO 1000MG B8 COMP EFER

1

27,00

TVA (7.00%)

27,00

FEBREX ST ADULTE SANS SUCRE B8 SACHETS

1

14,60

TVA (7.00%)

14,60

FEBREX ST ADULTE SANS SUCRE B8 SACHETS

1

20,00

TVA (7.00%)

20,00



| | |
|--------------|------------------|
| Total HT | 57,57 DHS |
| TVA | 4,03 DHS |
| Total | 61,60 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante et un DHS et soixante centimes

PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr Benjelloun Taoufiq
118 BOULEVARD MOHAMED V
TANGER
TEL: 0539946910

FEBREX®

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippeux
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite

8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED | LOT : 1224
UT.AV: 01-26
PPV: 20DH00

Hexapneumine®



Composition :

Biclotymol 0,198 g
Pholcodine 0,120 g
Maléate de chlorphénamine 0,0133 g
Guaïfénésine 0,200 g
Excipients q.s.p 100 ml
Excipients à effet notoire : Ethanol,
parahydroxybenzoate de méthyle sodé,
saccharose.

Flacon de 200 ml

AMM N° : 271/98DMP/21

P.P.V. : 27,00 DH

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال -
المقادير و كيفية الاستعمال :
اقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications -
Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure

LABORATOIRES
BOUCHARA RECORDATI
FRANCE

Fabriqué sous licence par
les Laboratoires

G GALENICA

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

مختبرات غالينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
G Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc