

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 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° W21-637644

AS6364 corrigé

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1647	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Boutgayout lahoucine
Nom & Prénom : 01 - 01 - 1951			
Date de naissance : Rue 908 n°41 Dcheira Agadir			
Adresse : 06 68 39 71 38 Total des frais engagés : 554,10 Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : pneumopathie droit (avec troubles cliniques)			
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 : Agadir

Le : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-637644
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 : 1647
 Nom de l'adhérent(e) : Boutgayout lahoucine
 Total des frais engagés : 554,10 Dhs
 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
15.02.23	CS		250DH	INP : <input type="text"/> Dr. Mohamed RAHMOUROU des Bus, Imm. Achar tél: 05 28 82 80 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE PASTEUR 201, Bd. Mokhtar Soussi Dschad El Jihadia Tél. 05 26 27 29 42</p>	15/01/93	104.10 D.F.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16.02.23	216	DR. Mohamed 200 DHL place des 5 Mai AGADIR - 141105 TNP: 0411153	10000

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

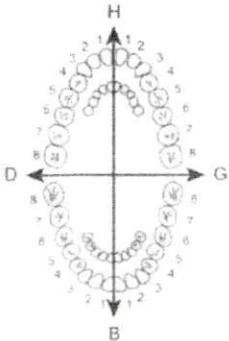
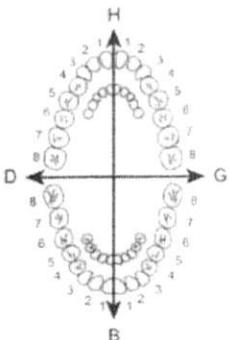
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																		
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

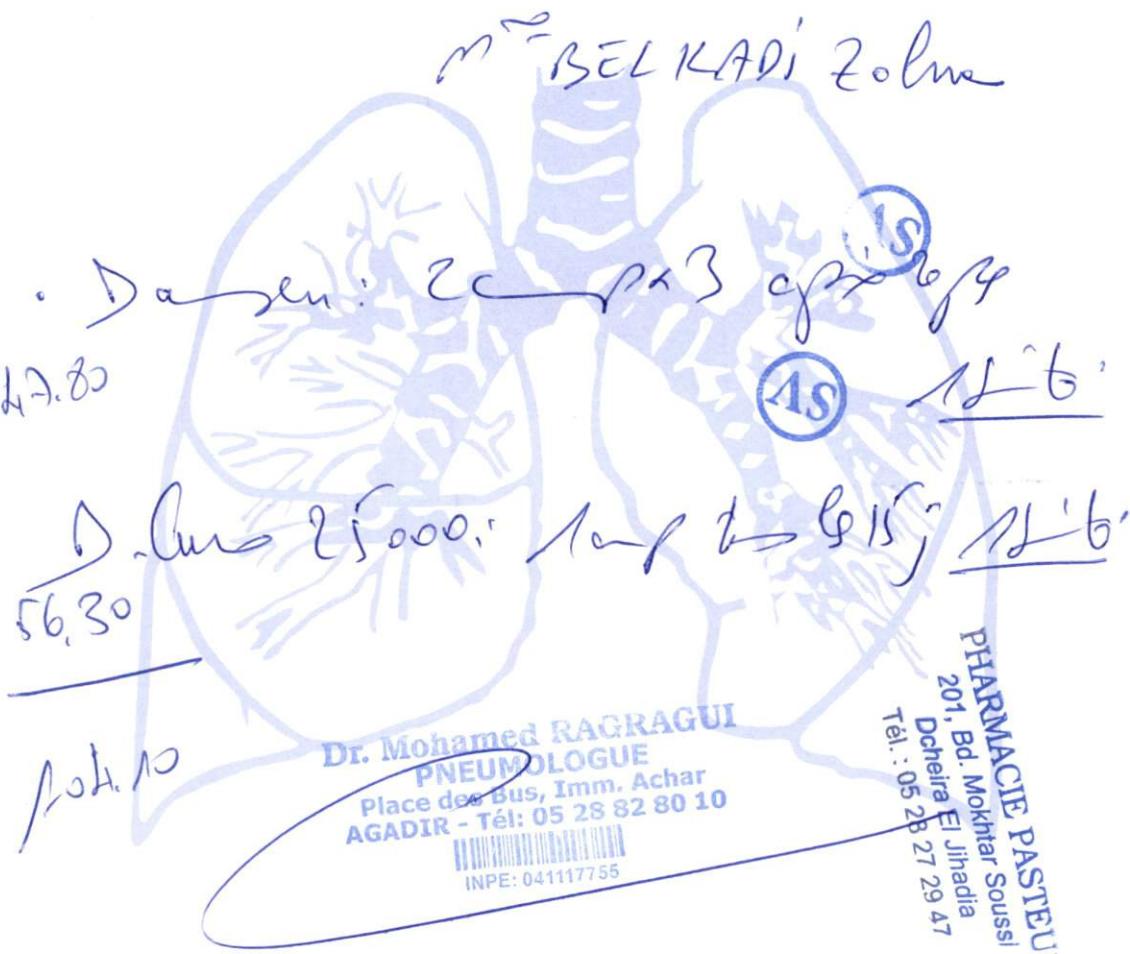
Docteur Mohamed RAGRAGUI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Lille (France)
Spécialiste des Maladies de L'appareil respiratoire
Asthme - Allergie

الدكتور محمد رگراگي

خريج كلية الطب بليل فرنسا
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقه - الحساسية

Agadir, le : 15/02/23 أكادير في:



عمراء عشار (فوق مخبزة تكديرت) ساحة الحافلات - أكادير
Imm. Achar (au dessus Patisserie Tagadirt) - Place des Bus Agadir - Tél./Fax : 05 28 82 80 10
T.P : 48105432 - I.N.P.E: 041117755 - I.C.E: 001816213000017

PPV: 56,30 DH
LOT: 22C07D
EXP: 03/2024

23

Fabriqué par
SMB
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

سوليون هيليوس بوليفابل
Solution huileuse bulvabale

ERGO Maroc



دose 2500 جماليك
Dose 2500 جماليلك

6 1180011320080
D-CURE™ AMPOULE

0

سوليون هيليوس
Solution huileuse bulvabale

دازين 10.000 وحدة

سرابيتاز

مخبرات سنتهيديك
20 - 22 زققة زبير بن العوام
ال_mxior السوداء - الدار البيضاء



40 قرصا ملبيسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم

PPV : 47,80
EXP :
Lot N° :



40 Comprimés entrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI