

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.

N° W21-656296

AS7023

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11109	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABBAR YOUNES			
Date de naissance : 09-06-1973			
Adresse :			
Tél. : 06 61 57 11 78 Total de l'ordre engagé : 614 Dhs			

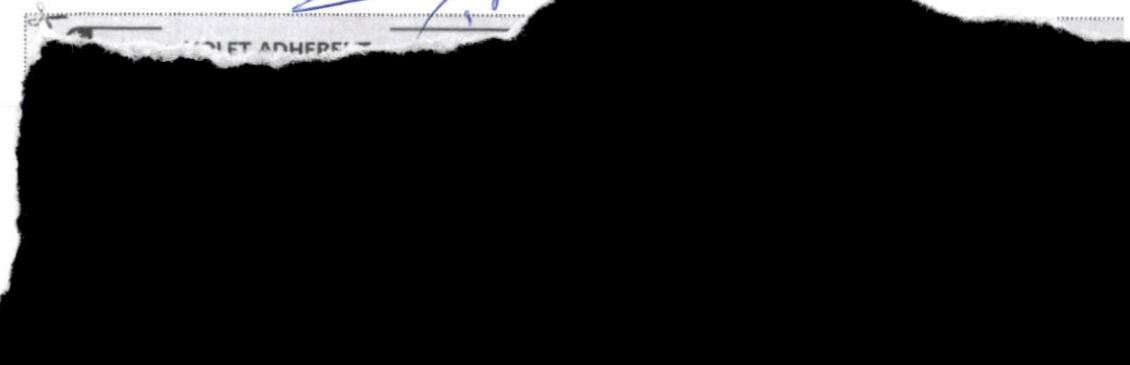
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01-04-2023			
Nom et prénom du malade : JABBAR JAD Age : 50			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : A nomen			
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 : **CASA** Le : **11/04/23**

Signature de l'adhérent(e) :

Jabbar



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	Nature des Soins	Coefficient
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div> </div> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France
Allergologie infantile et Asthme



Sur rendez-vous

Casablanca, le

٥١ ٥٤. ٦٠٢٣

الدكتور وديع بناني

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع

والطب المثلثي

خريج كلية الطب بيروت - فرنسا

طبيب الأطفال سابقًا بمستشفيات - فرنسا

أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

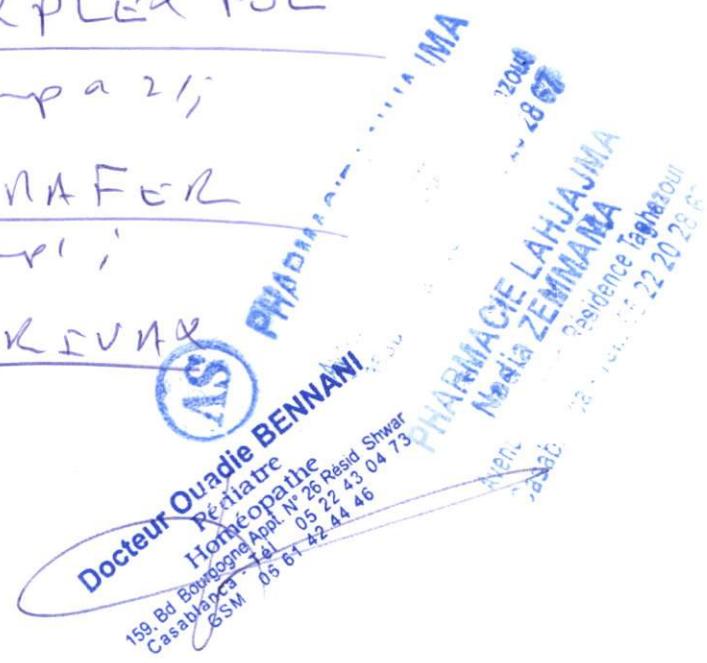
بالموعد

JABBAR JAD

① FERPLEX FOL
1 cap a 21;

② FUNAFER
364 ٣٦٤ ٨٠ ١٤٢١;

③ VAKFUM



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الاطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

فازورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وفازورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل

A conserver au réfrigérateur entre
+2°C et +8°C, à l'abri de la lumière.

A utiliser dans les 30 minutes
suivant la reconstitution.

Le vaccin doit être administré
immédiatement après la
reconstitution afin de
préserver son efficacité.

Jetez le vaccin s'il n'a pas été
utilisé dans les 30 minutes qui
suivent sa préparation.

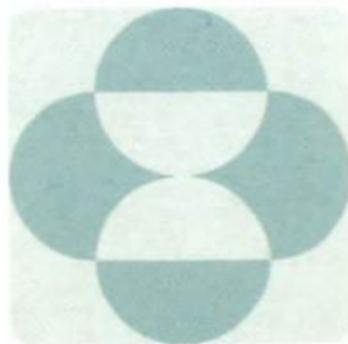
Ne pas congelez le vaccin
reconstitué.

Consultez la notice pour des
informations détaillées sur les
instructions d'utilisation.

يحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8
درجة مئوية بعيدا عن الضوء.

حفظا على الفعالية، يتم استخدام
اللقاح في 30 ثانية بعد إعادة تشكيله.
خلاف لذلك تخصل منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة التشرية الداخلية للحصول على
معلومات مفصلة حول الاستخدام



VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon
unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

فازورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح وفازورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل



