

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.

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° W21-776923

Par Iacoubi

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

TAOLI 21 - AHMED

Date de naissance :

12-09-1952

Adresse :

Tél. :

11, RUE IBN HAITAM 6^{ème} ETAGE N° 24 - TANGER

89.90

Dhs

Optique

Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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.

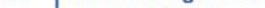
Fait à :

Le : *19/05/2023*

Signature de 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
.....	INP : 
.....	
.....	
.....	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KARNAÏD Dr ABDELADIM TANOUF 18 Rue Tehran - Tan Tel 05 39 94 07	2/5/23	8990

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie GRANADA

ABDELADIM TANOUTI

12, Rue Teheran

Tél. 039 94 07 72

Patente n° 50438148

THE TANGER

صيادلة غرناطة

السيد: التوفى عبد العظيم

شـارع طـهـرـات 12

الهاتف 039 94 07 72 طبعة

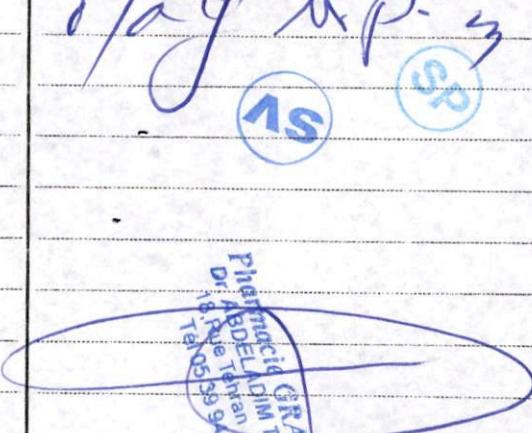
الهاتف 039 94 07 72

Tanger, le 2. 5. 23

FACTURE

Nº 0009499

Mr.

Quantité	DESIGNATION	Prix Un.	Prix TOTAL
1	<p>Flag MP-3</p> 		89.90

Données nutritionnelles par comprimé :

Calories	7.7069
Kilojoule	32.3055
Protéine	0.0004 g
Hydrate de carbone	0.2159 g
Sucre	0.0013 g
Sodium	167.8089 g
Pain unité	0.0181 g

Composition :

Carbonate de magnésium : 200 mg ; oxyde de magnésium : 100 mg ; taurine : 150 mg ; vitamine B6 : 2 mg. Excipients (en mg par unité) : acide citrique : 2284.500 ; bicarbonate de sodium : 585.324 ; sorbitol : 167.461 ; arôme de pamplemousse : 70.000 ; cyclamate de sodium : 60.000 ; saccharine de sodium : 6.000.



MAGN UP

MAGNÉSIUM

Conseil d'utilisation :

1 comprimé effervescent par jour dissout dans un verre d'eau.
Tenir hors de portée des enfants

Ne pas dépasser la dose journalière recommandé.

La prise de **MAGN UP** ne peut en aucun cas être considéré comme substitut à un régime alimentaire varié.

MAGN UP

LOT : L2017/6S

DLUO : 01/2025

PPC : 89.90 DH

PROMOPHYDIS

Exclusivité Promophydis
213, Lot Al Massar - Marrakech - Maroc

Fabriqué par:
C. Hedenkamp GmbH & Co. KG.
Höherbusch 1, D-33161 Hövelhof, Allemagne