

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.

Éducation :

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1950

Matricule : 1950

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ajib Fatoua

Date de naissance : 10/10/1950

Adresse : flahitielle

Tél. : 06.61.32.83.01

Total des frais engagés : 5310.24 Dhs

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

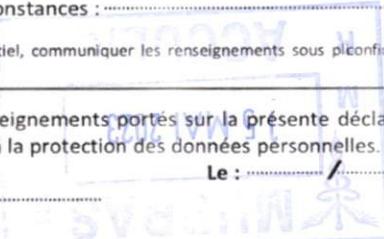
Nature de la maladie :

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.

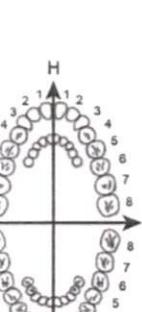
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / Le : /

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Kenza Dr BENJELLOUN Rajae 17, Rue Larache C.I.L. 05 22 39 48 12 - Casablanca	25.02.2022	53.10

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 (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording type of treatment)	Coefficient (Rows for recording coefficient)	INP : <input type="text"/>															
				C EFFICIENT															
				D S TRAVAUX															
				MONTANTS															
				D S SOINS															
				D BUT															
				D EXECUTION															
				FIN															
				D EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533:12</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000:00</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000:00</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533:11</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533:12	21433552	D	00000:00	00000000	D		00000:00	B		35533:11	G		11433553
	H	25533:12	21433552																
	D	00000:00	00000000																
	D		00000:00																
	B		35533:11																
	G		11433553																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

FACTURE

No. 74

LE 2-5-2023

M

Quantité	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
	AAJIB Falua 1250		
1	Relaxal cp	53.10	



 Pharmacie Kenza

 17, Rue Farache w.t.

 Tél: 05 22 39 48 12 - Casablanca



رولاكسول 500 ملخ/2 ملخ

باراسيتامول أيوكاشيكوزيد

عن طريق الفم
20 قرصا

relaxol 500mg/2mg

احتواء على المحتوى الم Harmful

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste 1
يمتى فقط بوصب وصفة طبية - لزوجة 1

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 53DH10
6 1100000 060833

LOT : 21EQ15
PER : 10 2024

SURDOSSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament
contenant du paracetamol.
Dépasser la dose peut détruire le foie.
Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés
par prise minimum 4 heures d'intervalle. Ne
pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis
médical.