

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 canalaire, 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 canalaire.

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

166864

Déclaration de Maladie : N° P19-0005783

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sebtah Nada Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue 40 fontaine RS Sora

Tél. : 061 210 5037 Total des frais engagés : 63,60 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Enfant :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél: 022-555-5528	2. 5. 23	63,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered with integers from 1 to 8. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; the second row has 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; the third row has 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3; the fourth row has 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4; the fifth row has 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5; the sixth row has 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6; the seventh row has 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; the eighth row has 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; the ninth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1; and the tenth row has 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Arrows point from the center of each circle to the right, down, left, and up, indicating a clockwise cycle.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صيدلية العنادل PHARMACIE EL ANADEL

Pharmacien Diplome De La Faculte de CAEN HOMEOPATHE

Bd Abdellatif Ben Kakkour (Croisement Bd Ziraoui Et Zerkouni)
Tel : 022 36 54 38 - Casablanca

FACTURE

Casablanca . Je

2.5.23

Mr. : Benis SANHATI NADIA Casablanca, le

Quantité	Désignation	P.U.	Prix Total
2	Humer Rhume	93.50	147.00
1	LoCapred Creine	16.60	16.60

pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
TEL : 022-38-54-38

Arrêtée, la présente facture à la somme de :

TOTAL : 63,67

63,67

s' utiliser chez l'enfant de moins de 15 ans.

associer à un autre vasoconstricteur nasal ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours consécutifs. Ne pas dépasser 3 comprimés/jour et 1 gélule/24 heures.

sous licence URG0 par
laboratoires **STERIPHARMA**
N°347 Sidi Maârouf/Casablanca
TAHIRI, Pharmacien Responsable

HUMEX RHUME



COMPRIMÉS et GÉLULES

6 118000 280057

Ne pas prendre la nuit par 4 heures.

Fabriqué sous licence URG0 par
Les laboratoires **STERIPHARMA**
Z / Lina, N°347 Sidi Maârouf/Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

HUMEX RHUME



COMPRIMÉS et GÉLULES

6 118000 280057

N° D'AMM: 10 DMP/21/NCM
LOT: 22095 PER: 07/2025
PPV: 23,50 DH