

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6184**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BELOUADI Rachid**

A 78900

Date de naissance : **27/11/1957**

Adresse : **27, Rue AL BAHAA SENJARI**

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/08/2023**

Nom et prénom du malade : **BELOUADI Rachid**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : **Néphrite**



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **13 OCT. 2023**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

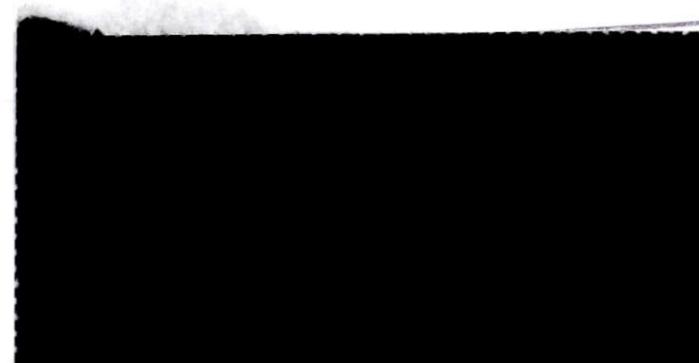
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/08/2010	1460,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

18081
2023

Casablanca, le :

Belouar, Rachid

~~PHARMACEUTICAL
ROUTE D'EL-JADIDA
241, BD Bemraouia
Casablanca
Tél: 0522 99 57 96~~

1) Munasame

(P) (S) AS

29/05/2023

spray

1 app x 3'

(P) (S) AS

2) Acide lot Banebi

1 app x 31j

460,00

PT spray Auxiliar nos processos de regeneração da mucosa bucal

EL σπρέι Συνεργό ιατροτεχνολογικό προϊόν στη διαδικασία αναγέννησης του στοματικού βλεωγόνο

VI dạng xịt Giúp quá trình tái tạo niêm mạc miệng

AR يساعد في عمليات تجديد الغشاء المخاطي للفم

BOTTU S.A.82 Allée des Casuarinas,

Aïn Sebaâ 20580, Casablanca

PPC : 295 DH 00

mucosamin® SPRAY

Helps the process of regeneration of the oral mucosa
Adjuvant dans le processus de régénération de la muqueuse buccale



30 ml bottle

PLAAT
FORM

HY4AA

 professional
dietetics



LOT

3



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

100 ml - 97 g Made in France



MICROBIOME
SCIENCE

NUEVA FÓRMULA / NOVA FÓRMULA
PIEL DEBILITADA. ADULTOS, NIÑOS Y BEBÉS
PELE DESCONFORTÁVEL OU FRAGILIZADA, ADULTOS, CRIANÇAS, BEBÉS

CICAPLAST BAUME B5+

BÁLSAMO CALMANTE REPARADOR
BALSAMO APAZIGUANTE ULTRARREPARADOR

PANTHENOL 5% + MADECASSOSIDE + TRIBOMA
AVEC DE L'EAU THERMALE DE LA ROCHE-POSAY