

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

- 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.

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

N° W21-013003

Lot 476

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 04504	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL YASNI KHALID			
Date de naissance : 28-02-1963			
Adresse : LOT ELASSIL RUE 3 N° 175 MOHANEDIA			
Tél. : 0661 16 7427	Total des frais engagés : 419,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/04/2024			
Nom et prénom du malade : EL YASNI RAHANA Age : 16			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Alzheimer			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 MAI 2024			
Dans le cas où la maladie a 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 : MUPRAS (Signature de l'adhérente)			
Le : / /			

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 : **MUPRAS** (Signature de l'adhérente)

Le : **/ /**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/04/2024	ANH		300,00	INP : INPE : 091091231 Dr. Assia EL MOUSA Médecin Psychiatre 148, Lotissement Al Fajr Bd Mohammed 6 Tel 0521 00 31 01

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RECEPTE MEDICALE	16/04/2024	119,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	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"/>															
				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"/>															
ODF PROTHESES DENTAIRES																			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
G																			
B																			
(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																			

Docteur Assia EL MOUSADIK
Médecin Psychiatre
Ex Chef du Service
de Psychiatrie au CHP
Moulay Abdellah-Mohammedia

الدكتورة آسية المصدق
طبيبة نفسانية
رئيسة سابقاً لمصلحة
الأمراض النفسية بمستشفى
مولاي عبد الله-المحمدية

Mohammedia le : 16 / 01 / 9626

Ordonnance

Dr. EL YASCI RAYHANA

119,00

D-sten : - - - 1

AS

119,00

Dr. Assia EL MOUSADIK
Médecin Psychiatre
148 Lotissement Al Fajr
Bd Mohammed 6
Tél 0521 00 31 64

PHARMACIE ANDREASARL AU
Rés. Les Perles 2ème étage Triaa
Tél: 0521 00 31 64
Tél: 0523 45 01 21

Signature

D-Stress®

Complément alimentaire destiné
aux adultes et adolescents

Les nutriments apportés par D-stress permettent d'adopter rapidement l'organisme à une situation de stress et d'en diminuer les conséquences comme par exemple la fatigue.

D-Stress® Contient du magnésium, de la taurine, de l'arginine et des vitaminesB.

Le magnésium et les vitamines B1, B2, B3, B6, B8 participent au fonctionnement normal du système nerveux.

Le magnésium et les vitamines B2, B3, B5, B6, contribuent au métabolisme énergétique et réduisent la fatigue.

L'acide pantothénique (vitamine B5) contribue à améliorer la résistance au stress et à retrouver des performances intellectuelles normales.

La taurine améliore la fixation du magnésium et la préserve pendant les phases de stress, elle possède également une activité antioxydante.

L'arginine est un acide aminé régulateur du cortisol, médiateur du stress. Il permet également de diminuer l'absorption des graisses.

Conseils d'utilisation :

Pour adultes et adolescents :

2 comprimés par jour à répartir aux repas et à moduler selon vos besoins. Les doses peuvent être augmentées sur avis médical, pour répondre à une situation particulière.

Durée recommandée :

En cure régulière ou de manière ponctuelle pour répondre à une situation de stress ou de fatigue.

Présentation :

Boite de 20 comprimés

Boite de 40 comprimés

D-stress est généralement utilisé pour :

- Fatigue intense (psychique et /ou physique)
- Stress aigu ou chronique.
- Hyper-émotivité, anxiété.
- Spasme
- Surmenage
- Aide à la relaxation
- Situations de stress

P.P.C : 119 D

Lot : 05/23

Dluo: 05/26

Laboratoire

43 BE

Distributeur

HYP

9, F

www.hypadiet.com