

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.

Diologie 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

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° D. N° P19- 066997
34796.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1838 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066997

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin de											



W18-396667

DATE DE DEPOT

14/07/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1839
Nom & Prénom		TAOUZI AHMED	
Fonction		RETRAITE	
Phones		06.65232238	
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient	TAOUZI Ahmed	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Age	67 ans	Date	14/07/2020
Nature de la maladie	Dermatose		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
W	1	# 250,000

PHARMACIE	Date	14.07.2020
Montant de la facture	130,50	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

عبد العزيز الصالحي
Dr. SALHI Abdelaz
Dermato Vénérologue
Imm 8 Apt 14 Place de Fran
Tél: 0539 37 14 69 - Tange

Pharmacie de l'Air
Mlle SUDJANE SUDJANE
Pharmacienne
8, Place de France - ANGERS
Tél: 05 39 63 64 24

Docteur Abdelaziz SALHI

DERMATO - VENEREOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Poitiers (France)

Spécialiste des Maladies de la Peau
Cuir Chevelu, des Ongles, et des
Maladies Sexuellement Transmissibles
Test d'Allergie Cutanée - Chirurgie
Dermatologique

الدكتور عبد العزيز الصالحي

خريج كلية الطب ببواتي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض الجلد،

الشعر والأظافر والأمراض التناسلية

جراحة الجلد - اختبار الحساسية الجلدية

Tanger, le : طنجة، في:

14 JUL. 2020

M^r TRAOUZI Ahmed

4 Diaply



10550

10550

21 Revocir



10550

250

AR ch otj

صيدلية باريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

13050

د. عبد العزيز الصالحي
Dr. SALHI Abdelaziz
Dermato - Vénérologue
Im. 8 Appt 14 Place de France - Tanger
Tél.: 05 39 37 14 69

دهن جلدي

أنبوب 5 غ



5% ريفوسير

أسيكلوفير



Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

بوسوق فارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240723

Tableau A (liste I)

Tube de 5 g

Crème dermique

REVOCIR® 5%
Aciclovir

26,00

Composition :



Aciclovir 5,00 g

Excipients (dont E218 et Alcool cétylostéarylique) q.s.p. 100 g

Ne pas conserver au réfrigérateur

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Lire attentivement la notice avant utilisation

المكونات:

أسيكلوفير

مواد حافظة (بما في ذلك E218) و كحول السيتوستياريك

لا يحفظ في الثلاجة

يحفظ بعيدا عن متناول و خارج الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

