

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.

Radioologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W19-540919

ND 37548

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01739

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ECOU A AOU

A -

Date de naissance : 15/01/1957

Adresse : 7 Allée des Neffliers

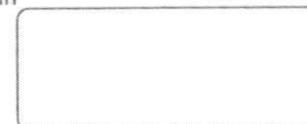
Firka

Tél. : 0661098613

Total des frais engagés : 51,80 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Conc

Le : 15/10/2020

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
HARMACIE DES CITRONNIERS Dr ELOUATTASS RABAB 29 Bis Allée des Citronniers Ain Sebaa - Casablanca Tél.: 05 22 34 46 70	25/08/2020	52,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

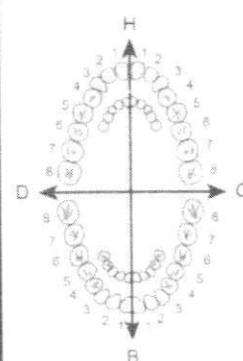
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'exploration.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca

Facture N° 20200825-425

Date de vente : 25/08/2020

Médecin traitant :

EL OURAOUI Mohamed

CASABLANCA, Maroc

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-deux DHS et
quatre-vingts centimes**

PHARMACIE DES CHRONNIERS
Dr. ELOUATTASSI RABAP
29, Bis Allée des Citronniers
Aïn Sebaâ - Casablanca
Tél.: 05 22 34 46 70

LOT : 963
PER : AUT 2022
PPV : 52 DH 80

KETUM 2,5% gel

Kétoprofène
Tube de 60 g

Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.

دواعي الاستعمال. موانع الاستعمال. احتياطات الاستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الاستعمال. يجب الاحتفاظ بها الدواء في درجة حرارية تقل عن 25° منوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كافية و طريقة الاستعمال: الطريقة الموضعية. يدهن المرهم بتسلیک لطيف، على المنطقة المؤلمة أو المتهبة إلى أن يتم امتصاصها كلها. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعضاية بعد كل استعمال.

Protéger les zones pendant le traitement.
Ne pas s'exposer au soleil pendant la durée du traitement.
الإحتفاظ بالدواء في درجة حرارة مناسبة.
ارضوا الأشعة الشمسية
بعد مدة العلاج بأكملها.