

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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

Nº P19-0031191

UD466

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1324 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JANATI LATIFA

Date de naissance : 23/12/1951

Adresse : 9 RUE 192 ISS ALAKBAK KTB TSL HASSAN

RABAT

Tél. : 0661133636 Total des frais engagés : 47,40 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 Nº P19-031191

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 :

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 BEA OMAR Av. du Chêne, Hassan-Rabat T. 05 37 76 99 30 102071263	17/08/20	67,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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 L'EXECUTION

مَرْسَادِي
•ARMACIE BEN OMAR
12 Bis, Av. du Chellah, Hassan-Rabat
Tél : 05 37 76 99 30
INPE : 102034262

Facture

Le 17/08/2020

INPE : 102071263 LATIFA
Client : JARAJA

~~صيدلية بن عمر~~
PHARMACIE BENDOMAR
72 Bis, AV. du Chellafi, Hassan-Rabat
Tél.: 05 37 76 99 30
INPE : 102071263

DOLIPRANE®
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

6113000040354



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.
NE LAISSER NI À LA PORTEE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

b bottU.a
B2. Alte des Commissarien der Sella Cestebona
S. Böckach - Pharmacie Responsable

Doliprane® PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

COMPOSITION :

Paracetamol

Excipients

INDICATIONS : Parc 1 comprimé effervescent 500 mg

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice.

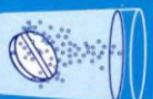
VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.

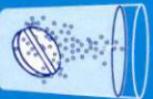
Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



دوليبران
Doliprane®
بارا-سيتامول
باراسيتامول
لأن

16 قرصا فوارا

بـ

الجسم
أدوية و المحمى

للمكابار والأطفال
إنحدارا من 27 كغ

15180
0 2 0 2
1 5 0 4 H J 2 0
T 0 1 8 9 R T

DOLIPRANE®
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

6113000040354



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité.
NE LAISSER NI À LA PORTEE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

b bottU.a
B2. Alte des Commissarien der Sella Cestebona
S. Böckach - Pharmacie Responsable

Doliprane® PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

COMPOSITION :

Paracetamol

Excipients

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.

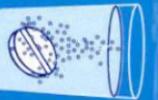
Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



دوليبران
بارا-سيتامول
لأن

ملي

16 قرصاً فواراً

بـ

الجسم
أدوية و المحمى

للمكابر والأطفال
إنحداراً من 27 كجم

15180
0 2 0 2
1 5 0 4 H J 2 0
T R T 8 9 0

DOLIPRANE®
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

6113000040354



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité.
NE LAISSER NI À LA PORTEE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

b bottU.a
B2. Alte des Commissarien der Sella Cestebona
S. Böckach - Pharmacie Responsable

Doliprane® PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

COMPOSITION :

Paracetamol

Excipients

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.

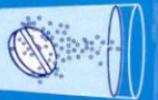
Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



دوليبران
بارا-سيتامول
لأن

ملي

16 قرصاً فواراً

بـ

الجسم
أدوية و المحمى

للمكابر والأطفال
إنحداراً من 27 كجم

15180
0 2 0 2
1 5 0 4 H J 2 0
T R T 8 9 0