

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 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

- 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.

N° W19-508025

ND = 42 643

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : <i>RAM</i>	
Matricole : <i>4248</i>		Autre :	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <i>Jawad idnissi khali'd.</i>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <i>07/02/60</i>		Adresse : <i>29 Route 7y Thaoui Hay el 7ers CASA</i>	
Tél. : <i>0 662161482</i>		Total des frais engagés : <i>51,10</i> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

33 JUL. 2020

ACCUEIL

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 :

Signature de l'adhérent(e) : *Allal*

Le : *05/10/20*

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
	05/10/2020	51.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

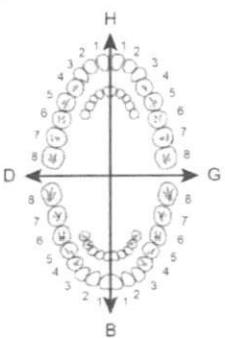
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

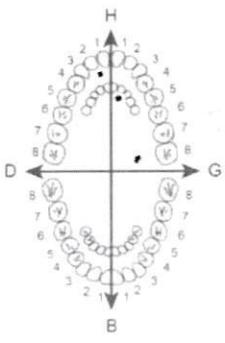
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Pharmacie Hay El Wiam

Safiya El mokrie El idrissi

0522911731

252 Bd H OUED SEBOU OULFA , CASABLANCA

Facture N° FAC-57844

Date : 05/10/2020

JANATI IDRISI KHALID

EL OULFA
CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
HEPANAT CO B20 PM COMP	1	39,80	3	39,80
ASPIRINE CO DEROL + VITC B20 COMP	1	11,30	2	11,30

Code de TVA	1	2	3	Total HT	43,73 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	7,37 DHS
Montant (DHS)	0	0,74	6,63	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	51,10 DHS
				Total	51,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante et un DHS et dix centimes

ASPIRINE DEROL

Douleurs et fièvre

VITAMINÉE B1-C

Composition :

- Acide acétylsalicylique (Aspirine) 0,400 g
- Acide ascorbique (Vitamine C) 0,020 g
- Chlorure de monophosphothiamine (Vitamine B1) 0,002 g
- Excipient q.s.p. un comprimé de 0,550 g

Lire attentivement la notice pour les contre-indications et les précautions d'emploi.

Ne pas laisser à la portée des enfants.
A conserver à température intérieure à 25 °C

118000010210 6



20 COMPRIMÉS

ASPIRINE DEROL

11,30



8 008843 133018



A consommer de préférence avant fin:

20/03/20

HEPANAT

Composition par comprimé de 400 mg :

Rhamnus purshiana écorce 85,4 mg, Aloe ferox extrait 64 mg, Foeniculum vulgare graines 53,4 mg, Cassia angustifolia feuilles 42,7 mg, Glycyrrhiza glabra racine 16 mg, Gentiana lutea racine 16 mg, Taraxacum officinale racine 10,7 mg, Rhamnus alpinus écorce 10,7 mg, Rheum palmatum racine 10,7 mg, Marrubium vulgare sommités fleuries 10,7 mg

Maltodextrine ; agent de charge : Cellulose microcristalline ; antiagglomérants : sels de magnésium d'acides gras, dioxyde de silicium ; agents de revêtement : Hydroxypropylméthylcellulose, acides gras, cellulose microcristalline.

ESI



20 comprimés

le dieci erbe

HEPANAT®

Le Régulateur Naturel du transit gastro-intestinal

HEPANAT®

le dieci erbe

39,80 DH
Lot: 08001
Per: 02-2021

20 comprimés