

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

armacie :

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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

15374

Matricule : 9842

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

F.P. Karabti Nee JAOUIA

Date de naissance : 16.03.1954

Adresse : 142, la siesta Nohercadia

Tél. : 0665.880.768 Total des frais engagés : 67.904 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 : Achak libne

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) :

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 BAGHDAD Abderrahim SEFRAOUI 13, Rue de Baghdad Tél : 05 23 3102 98 Mohammedia	09-12-19	PHARMACIE BAGHDAD Abderrahim SEFRAOUI 13, Rue de Baghdad Tel: 05 23 3102 98 Mohammedia

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

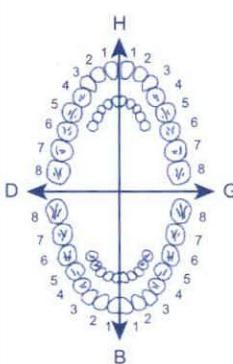
Important :

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

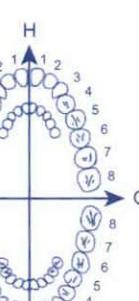
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																
D	G															
B																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



PHARMACIE BAGHDAD

PHARMACIE BAGHDAD

Dr SEFRAOUI Abderrahim
13, Rue Baghdad - Mohammedia
Tél.: 05 23 31 02 96

FACTURE N° 001549

Mohammedia, le

09-19-15

四

• Bolt

R.C: Mohammedia N° 3498 - Patente : 39450582 - I.F. 54713500
C.N.S.S. : 1152383 - ICE : 001729171000035

ESCIOPP

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

bronchok

carbocistéine

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

• BRONCHOKOD SIROP

- Sirop enfants, flacon de 125 ml
- Sirop adultes {
 - flacon de 125 ml
 - flacon de 300 ml

• BRONCHOKOD SANS SUCRE. Solution buvable

- Solution buvable adultes {
 - flacon de 125 ml
 - flacon de 300 ml

COMPOSITION :

BRONCHOKOD SIROP

	Sirop enfants	Sirop adultes
Carbocisteïne	2 g	5 g
Excipient q.s.p	100 ml	100 ml

- Excipients à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle et Saccharose.

BRONCHOKOD SANS SUCRE

	Solut. Buv. Adultes
Carbocisteïne	5 g
Excipient q.s.p	100 ml

- Excipient à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle.

