

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

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° W19-504095

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **16377**
Matricule : **07788** Société : **Retraite**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraite**
Nom & Prénom : **KERMOUDI Laila**
Date de naissance : **03/03/1963**
Adresse : **Les Jardins de l'Océan V6**
DAR BOUAZZA CASABLANCA
Tél. : **0661214142** Total des frais engagés : **129,-** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

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 **02/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : /

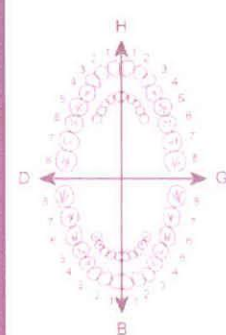
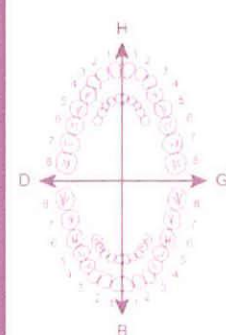


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/19	129

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 l'O.D.F.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533410</td> <td>01433352</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433353</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533410	01433352		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433353		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533410	01433352																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433353																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonction: Thérapeutique, esthétique, la prothèse			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						



Gouttes buvables
Voie orale

KALMAGAS®

Comprimés et Gouttes buvables



Comprimé
Voie orale

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé, boîte de 30 comprimés et boîte de Gouttes buvables, flacon de 30ml.

COMPOSITION :

- Comprimé: Charbon actif naturel de tourbe (*piperita*); Huiles essentielles de Fenouil (*Foeniculum*), Cellulose, phosphate mono calcique, surcose, antiag calcium, amidon, gomme arabique, polyvinylpyrrolidone
- Gouttes buvables: extraits secs de Fenouil (*Foeniculum*), de Carvi (*Carum carvi*), huile essen déminéralisée, Glycérol, conservateur naturel: sorbate de

PROPRIETES :

- **KALMAGAS® comprimé** est un produit naturel
 - Charbon végétal (dérivé de la tourbe) à grande capacité d'absorption de gaz intestinaux ce qui permet de soulager les patients ballonnés et de faciliter la digestion.
 - Huiles essentielles de Menthe et de Fenouil qui renforcent l'action du charbon végétal pour éliminer les gaz intestinaux et luttent contre les spasmes, procurant ainsi plus de confort intestinal.
- **KALMAGAS® gouttes buvables** associe des actifs naturels pour le confort intestinal:
 - Fenouil et Carvi reconnus pour éliminer les gaz intestinaux et les ballonnements.
 - Menthe poivrée et Camomille pour lutter contre les spasmes.



KALMAGAS®

KALMAGAS Cpr Bte 60
PPC : 129,00 DH

Ut av :	Lot :
Avr / 2024	190232

THERAPHARM

Lot:
A consommer de
préférence avant le

PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN

RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA

Docteur en pharmacie

R.C :399369

Patente:32960411

T.V.A :

Tél : 0522 29 08 29

Le 12/12/2020

FACTURE N°207696

N° ICE : 001987906000033

KERMOUDI LEILA

N° IF : 25109233

ICE N° :

[illegible]