

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 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

N° P19- 0045150

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SCALLY Fatima Ezgachea

Date de naissance : 14.12.49

Adresse : 13 rue Karam Eddie Tounsi - CASABLANCA

Tél. : 060426668 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade : Fatima Ezgachea Scally

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rosacée

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Scally

Le : 27/01/2020

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية منتزه الإيسيسكو PHARMACIE JARDIN ISESCO Dr. Samira EL MOSALAMI 13, Bis, Rue de Rome Résidence NORA Sousse - Tél.: 05 22 29 75 45</p>	27/01/2020	397,70

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

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<div> <div>O.D.F</div> <div>PROTHESES DENTAIRES</div> </div>	<div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le: 27/1/2020

M. Fabrice - Ezzaouhra scally

138,30

Aug + 500/62,50mg N=1

2 cp 4



صيدلية منتزه الإيسيسكو
PHARMACIE JARDIN ISESCO

Dr. Samira EL MOSALAMI

13, Bis. Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45

67,90

Tousses & rep

1cm - 3x 1j

30,00

Suodan gel.

2 gel. en 1 prise

52,80

Ketum gel

1 cp 4

54,10x2

صيدلية منتزه الإيسيسكو
PHARMACIE JARDIN ISESCO

Dr. Samira EL MOSALAMI

13, Bis. Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45



N=2

Dr. Samira EL MOSALAMI
13, Bis. Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45

60 g de gel à 2,5% application locale

LOT: 908
PER: JUL 2021
PPV: 52 DH 80

KE

Indications, contre-indications, précautions d'emploi: Lire attentivement la notice.
Le produit doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à température ambiante.
Administration: Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux.

PPV: 138,30 DH
LOT: 593951
PER: 09/20

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

LOT: 5 MARCO
PER: 08 2020

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

PPV: 300 DH 50

6 118000 010845

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV: 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,
Casablanca - Pharmacien Responsable: Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV: 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,
Casablanca - Pharmacien Responsable: Mme Amina DAOUDI

LOT 052758/FC4
04/2022 PPC 67,90

Kaudex sirop