

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 |

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.



Déclaration de Mala

Dos n° 6340 . N° W19-468666

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9736	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ECHAROUCHE SOUAD		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0662984942	Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
ne Soad El Harebi		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Rheum	
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 au médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à :	ACCIDENT	
Signature de l'adhérent(e) :		
Le : 14/05/2021		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien du Laboratoire:	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES SA Rue Al Fawat - 2225 49 25 Tél : 03 245502 Fax : 35072001 RC : 245502 IF : 40435642		113,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soirs	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

tous

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

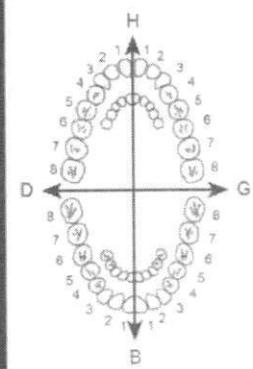
Important

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	21433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

Cachet du Médecin

Date : 08/03/2021



M. Dr. S. A. EL HADIDI

Ordonnance

PHARMACIE DES STADES 2010
Casablanca
50, RUE AL FOULARI - 25 49 25
Tél.: 05 22 35873051
IF: 245509 - Pla: 40436642

- 1) Rinomine
2) Sx 3/1
2) Zinast 1/1
40, 90 1CP/1
3) D - une forte
49, 60
113, 20 2 semaines



ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 10/2023
LOT 00056 27

PPV:49,60 DH

LOT: 20E27

EXP: 05/2023

תְּמִימָן עֲמִים

Solution huileuse buvable



D3 כְּבָשָׂעֵן

לְבָנָן 100 000 מַלְקָעִים

תְּמִימָן

תְּמִימָן עֲמִים

مختبرات الصيدلة فارما⁵
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

PHARMA5

LOT : 4727
UT.AV:11-23
PPV: 22DH70