

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

Le 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° M21- 048898

87677

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

24.92

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/09/2021

Nom et prénom du malade :

Epi forte ps

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

asthme

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
08/09/2021	02		250,00	
11/09/2021	Contrôle	Gratuit		DR. ADEL BOUSSABIR Chirurgien 73. BD de la Grande Ceinture Hay. Mohammad - Casablanca TELE: 05 22 63 63 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/2021	000521358004, 80 21 IPN : 092002062

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

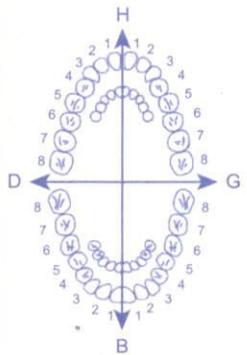
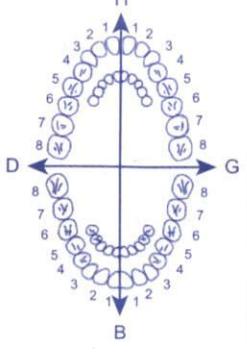
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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										
														
														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1"> <tr> <td>H 25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H 25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B	
H 25533412	21433552													
00000000	00000000													
D 00000000	G 00000000													
35533411	11433553													
B														
(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														



ORDONNANCE

Casablanca, le 08/09/2021

Dme LAQLAHI Zohre

99,00

19

~~1 gel leste~~

40

14J

34,40

1 gel leste

29

1 stitum cp

7cp x 3

J

48,40

39

Gvisor Advance

~~100,00~~

81

181,80



غافسكون مزيل ملئ الشرب في قارورة سعة
150 مل

التركيبة:
البيجنت الصوديوم ----- 10 غ

بيكربونات بيرسيتوم ----- 2 غ

السواغات: ك.ك.ل. جرعة واحدة من 100 مل

قائمة السواغات ذات

التأثير المخواط:
بارهيدروكسيبيتزوات

المتقل و البروبيل.
دواعي الاستعمال:

دواعي الاستعمال:
يوفر غافسكون أدفانس

نقطية سريعة ، تدوم طويلا، ضد حرقة المعدة وعسر الهضم

المعدة وعسر الهضم:
طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم.
عن طريق الفم.

Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml

6
1180001
150001
151462
✓

DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافسكون أدفانس

GAVISCON

ADVANCE

AROME ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

• حرقة المعدة وعسر الهضم

• تركيبة بفرة اضافية

• Formule extra puissante

• دوام طويلا

• Effet Longue Durée

خالي من السكر

نكهة البنسون

حرك جيدا قبل الشرب.
لا تترك في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN 101984

DOM 01/2021

EXP 01/2023

3079955

LOT: M1579

PER: 05/2023

PPU: 99,00 DH

34140