

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

cique :

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

(9.29)

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024516

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tazi Nadia Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661155657 Total des frais engagés : 30,10 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 :

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

12 800000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou de Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de l'Embarcadère</i> <i>18, Avenue de l'Embarcadère</i> <i>Tel: 022.88.1324-Fax: 022.88.09</i>	06.10.2021	30,10

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Cachet et signature du Praticien

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, indicating the mesial direction. A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right, indicating the distal direction. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points downwards, indicating the vertical direction.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE L'ERMITAGE

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA
05 22 86 19 24, IF:42105620
Tél : 210696
Patente : 36366490, ICE:001634422000077

Facture N° 41 253 Du 06/oct./2021

Client : TAZI NADIA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	VITA C LAPROPHAN PM /10	1	15.30	15.30
CO	VITAMINE C GALENICA PM / 10	1	14.80	14.80
2	Total	2		30.10

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TRENTE DIRHAMS ET DIX CENTIMES

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 1608051

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casab
Tél: 022.86.19.24 - Fax: 022.86.07.75

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10

COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS



ARÔME ORANGE

Voie orale



Composition :

Acide ascorbique 1000 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.

Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.

Boîte de 10 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents



P.P.V. : 14,80 DH



6 118000 190929

AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.

Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.