

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W19-520192

124679

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 56721

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELSAHI

Date de naissance : 10-12-1977

Adresse :

Tél. : 0661321737

Total des frais engagés :

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 : /

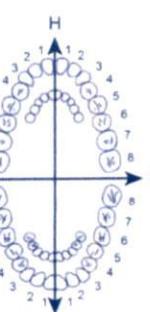
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET

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
				INP : <input type="text"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT

Madame Laksassi Tabbara

PHARMACIENNE
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE GRENOBLE



213, Bd YACOUB EL MANSOUR

TÉL. : 36.75.51

R. C. N° 137.142 CASABLANCA

M. Mme ELSAFI Latifa
N° 5672 DOIT

CASABLANCA LE 23/06/28

Quantité	DESIGNATION	P.U.	TOTAL
2	RATINofeBRAL	14,30	28,60
1	Migralgrin Cyp	22,50	22,50
			<u>T = 50,10</u>

الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36.551

LOT : 191606
 UT AV : 10/2022
 PPV : 14,30 DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

رينوفيفبرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين سي

كبسولة



علبة من فنت 20 كبسولة

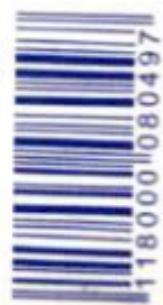
الزكام مع ألم الرأس و / او حمى



RHINOFEVRAL®

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
 chlorphénamine 3,20 mg
 Acide ascorbique 100mg/gélule



6118000080497

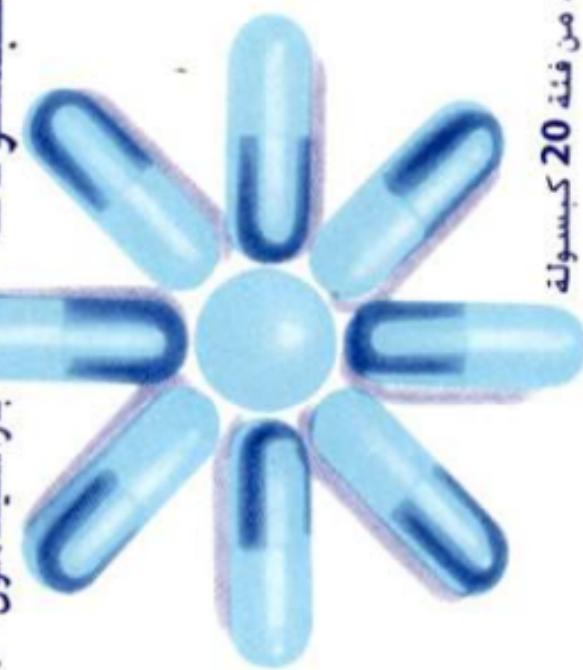
756.836.07.19

LOT : 211138
EXP : 09/2024
PPV : 14,300 DH

PPV (DH) : LOT N° : UTAV :

الزكام مع ألم الرأس و/ أو حمى
عليه من فئة 20 كبسولة

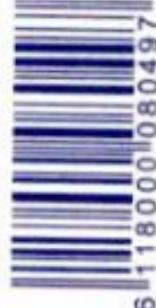
باراسيتامول - ماليلات كلورفنامين - فيتامين س



RHINOFEBRAL®

20 GELULES

Paracétamol, Maléate de
Chlorophénamine
Acide ascorbique /gélule

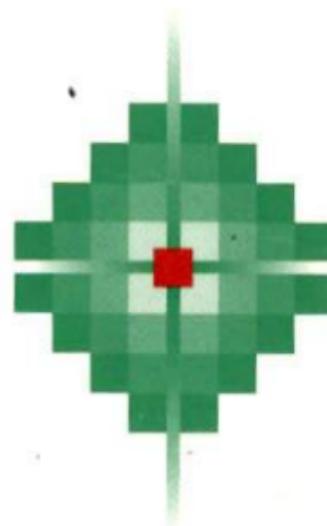


6 118 000 080497

رِنُوفِيبرال
كبسولات

®

MIGRAINE



18 GELULES

VOIE ORALE

PFV 21DH50
PER 04/23
LOT K1056

- **INDICATIONS THERAPEUTIQUES**
Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et / ou qui ne sont pas soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

- **MISES EN GARDE SPECIALES**

Lire attentivement la notice.

- **PRÉCAUTIONS PARTICULIERES**

À conserver à une température inférieure à 30 °C et à l'abri de l'humidité.

b

bott(s)a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

97x45x30

