

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

- 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.

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° W21-690758

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9696		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	130352
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	14 Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat - 08-2022
Nom et prénom du malade :	JMO Tel: 05 37 77 77 95
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Helmi Helmi Helmi
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 : 12 / 08 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-690758

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____
 Nom de l'adhérent(e) : _____
 Total des frais engagés : _____
 Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par 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
01-12-2022	Acte #30	1	INP : 100.00	Dr. Lata Srinivasan Médecin de la Famille Spécialiste en Dermatologie Centre de Santé des Nations Unies, Agence UNFPA 179.95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-8-29	7.66 + 5.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Laïla Ousi Benomar
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser
Diplômée de la Faculté de médecine de Lille
Tél. : 05-37-77-79-95
05-37-77-77-65

Nikkel Neet

84.20 + 2
84.20

الموارد
PHARMACIERS
مشروع الوراء
Tel: 05 37 58 98 08 - INPE: 102004356
Ward
Lima

- set to beache:
- set to ceiling
- de sareils
ceillets

24, 30 x 3 = 81. 0
20 | Retardermeilee

$O_2 \times \frac{1}{2} \text{J} \text{m}^{-2}$ } division de cell
suprafeels + creilles

Avec la grille du désert

Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat
Tél. : 05-37-77-79-95 05-37-77-77-65
ICE : 0016665771000076 IPN : 101117182

1,32,00

ICE : 001666577100007
30/Eenind: heile seche

766,50

Rabat le 12-08-2022.

Rabat le

rm gel meetfeit sachets

اللورڈ PHARMACEAL WARD
مشروع الـ 05 37 58 98 08
الخاتم - شارع محمد ناصر - تاونسنا - INPE:102094356 - N.1.C.2

مفار
 Bd Alkmini N° 6, QL.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Ketoderm 2% gel b6 sachet
 P.P.V : 84.20 DH

Maphar
 Bd Alkimi N° 6, QL.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Ketoderm 2% gel b8 sachet
 P.P.V : 84,20 DH

 6 118001 181490

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QL.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Ketoderm 2% gel b8 sachet
 P.P.V : 84,20 DH

206

Jeffie

卷之四

A standard linear barcode representing the number 3323030000268.

Voie cutanée

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



3400933306953

Kétoderm® 2 %

Crème Tube de 10 g



Kétoderm® 2 %

Crème Tube de 10 g



Kétoderm® 2 %

Crème Tube de 10 g



Voie cutanée

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



3400933306953

Voie cutanée

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



3400933306953