

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014953

136230

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 313 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : M^{me} Nassah El Drissi Fatouma
Date de naissance : 1-1-1949
Adresse : Jenat El Beida N 45 Hay Hassani
Tél : 06 1374 217 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 :
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
B <i>Belmiga</i>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

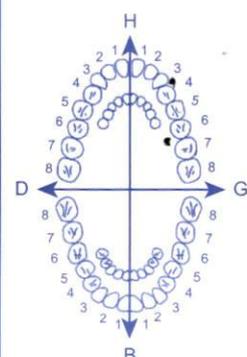
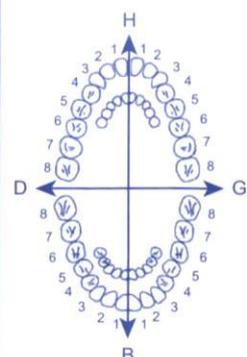
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



korkmaz
eczanesi



CUSTOMER SERVICE :

+90 212 638 72 15



WHATSAPP 7/24 :

+90 553 935 3517

PRODUCT NAME	PC(S)	PRICE	SUBTOTAL
NOXINOX KREM 100 ML	1	117,04	117,04
BETMIGA TABLET 50 MG 3C	3	255,13	765,39
CRESTOR FILM TABLET 10	1	74,39	74,39
COVERAM TABLET 5 MG/5	1	56,33	56,33
TOTAL 6 ADET ÜRİ	<i>TOTAL</i>		1013,15

~742\$

THANKS FOR CHOOSING US !
СПАСИБО, ЧТО ВЫБИРАЕТЕ НАС !
БЛАГОДАРИМ, ЧЕ ИЗБРАХТЕ НАС !
MERCİ DE NOUS CHOISIR !
MUĖUMESC PENTRU NE-AĖI ALEGE !
¡GRACIAS POR ELEGIRNOS!

شكرا لاختيارك لنا

感谢您选择我们 !

MALI DEGERİ YOKTUR



korkmaz
eczanesi



4001475

Betmiga™ 50 mg
Uzatılmış Salımlı Film Tablet
Mirabegron



Betmiga™ 50 mg
Uzatılmış Salımlı Film Tablet
Mirabegron

30 Tablet



Ağız yoluyla kullanılır.

Çocukların göremeyeceği, erişemeyeceği yerlerde ve ambalajında saklayınız.
30 °C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.
Kesilmiş veya açılmış ambalajları satın almayınız.
Kullanmadan önce kullanma talimatını okuyunuz.
Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza başvurunuz.
Reçete ile satılır.

165876

Etkin madde: Mirabegron

Bu ilacı sıvılarla birlikte almalısınız ve tableti bütün olarak yutmalısınız.
Tableti ezmeyiniz veya çiğnemeyiniz.

Ruhsat sahibi:
Astellas Pharma İlaç Ticaret ve
Sanayi A.Ş.,
Şişli, İstanbul

Ruhsat no: 29.09.2016 - 2016/683

Üretim yeri:
Avara Pharmaceutical
Technologies, Inc.
3300 Marshall Avenue
Norman, OK 73072
ABD

21K2543
10 2024

Parti no.
Son Kul.
Tā.

4001475

Betmiga™ 50 mg
Uzatılmış Salımlı Film Tablet
Mirabegron



Betmiga™ 50 mg
Uzatılmış Salımlı Film Tablet
Mirabegron

30 Tablet



Ağız yoluyla kullanılır.

Çocukların göremeyeceği, erişemeyeceği yerlerde ve ambalajında saklayınız.
30 °C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.
Kesilmiş veya açılmış ambalajları satın almayınız.
Kullanmadan önce kullanma talimatını okuyunuz.
Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza başvurunuz.
Reçete ile satılır.

165876

Etkin madde: Mirabegron

Bu ilacı sıvılarla birlikte almalısınız ve tableti bütün olarak yutmalısınız.
Tableti ezmeyiniz veya çiğnemeyiniz.

Ruhsat sahibi:
Astellas Pharma İlaç Ticaret ve
Sanayi A.Ş.,
Şişli, İstanbul

Ruhsat no: 29.09.2016 - 2016/683

Üretim yeri:
Avara Pharmaceutical
Technologies, Inc.
3300 Marshall Avenue
Norman, OK 73072
ABD

21K2543
10 2024

Parti no.
Son Kul.
Ta.