

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

- Reclamation : 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.

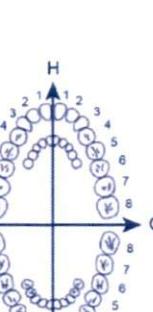
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1209	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DERKAOUTI malida
Nom & Prénom : DERKAOUTI malida		Date de naissance : 11/16/65	
Adresse :			
Tél. : 06.07.16.87.76		Total des frais engagés : 156322 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.			
 MUPRAS 04 AVR. 2023 ACCUEIL			
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 : _____			
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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIA BLANCA El Jadid Rue 6 N° 31 lot 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28		62,50

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
				INP : <input type="checkbox"/>															
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>															
				Montants des soins <input type="checkbox"/>															
				Début d'exécution <input type="checkbox"/>															
				Fin d'exécution <input type="checkbox"/>															
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	<hr/>		B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	<hr/>																		
B	00000000	00000000																	
G	35533411	11433553																	
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>															
				Montants des soins <input type="checkbox"/>															
				Date du devis <input type="checkbox"/>															
				Date de l'exécution <input type="checkbox"/>															

M.....

DekKAoui
MALIKA

092030261
 STEPHARMACIE HAMZA
 0183760000057
 Casablanca - Lot. Maj Fatah Rue 6 N° 3 Lot 64
 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Le 4/4/2023

Facture N°

75

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Imodium 2mg	30,50	30,50
01	Eucarbo	32,00	32,00
	IMODIUM 2MG GELULE 20 Gél  P.P.V : 300H50		
	PER.03/03/2027 LOT.101 01/22E008		
	6 118000 010845		62,50

STEPHARMACIE HAMZA
 CASABLANCA
 Lot. Maj Fatah Rue 6 N° 3 Lot 64
 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

التركيبة للأفراد: مسدوخ فدام بذان 180 ملغم، كبريت
ذلصه الأراؤن 25 ملغم، أوراق السنا 105 ملغم، كبريت
منقى 50 ملغم، السواعات: الكمية الكافية، سواعات
ذات تأثير معروفة: سلكرور الريحمة، دواعنه، مواعظ
وادتياطات الاستعمال: الماردو فراغة النسراة قبل
الاستعمال، الماردو انساشارة الطبيب أو الصيدلي
من حالة دعوت مشاكل مرتقبة بمحنة استعمال
الدواء، يحفظ بعدها عن متداوله وماري المطرد
يحفظ، في درجة حرارة لا تتعدي 30 درجة مئوية، في
علفه الطارم الصالح ويعيد عن الفرو.

صنع من طرف هاتلانيفت (النمسا)
- 6067 إسماعيل / بيروت، النمسا
الداخل على رخصة النسويفي. هـ. ترنيكا (النمسا)
موقع من طرف مختبرات أفيك طار
(المعمل المصري)
المنظمة الصناعية عن جروده غرب
الطريق الجهوبي رقم 322
(الطريق الناخي 111 سلسلة)
كالم 12.400 عن جروده 28630
المحمدية - المغرب

EUCARBON®
30 comprimés

6 1118001 1250295



أوكاربون®

مسدوخ فدام بذان . ذلصه الأراؤن . أوراق السنا . كبريت منقى

Lot:
EXP:
PPV:

1 3 0 4 A
0 2 . 2 0 2 7
3 2 . 0 1 H S

32,00