

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057101

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAKACH MED NADIS
Date de naissance : 02/06/1953
Adresse : BLOC E8 RUE NR4 MAISON NR 99
CITE DAKHLA AGADIR
Tél. : 0661323024 Total des frais engagés : 497,30 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 : AGADIR Le : 02/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057101

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1853
Nom de l'adhérent(e) : DAKACH
Total des frais engagés : 497,30
Date de dépôt :

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 Praticien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/16/23	404.30

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

0217101

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

RELEVÉ 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	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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI

61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI



DR LAMIA OUSSEHIR
DOCTEUR EN PHARMACIE
ICE 000505403000079

R.C :40224

Patente:48145480

T.V.A :IF 75768391

C.N.S.S:6554382

Banque:

Tél :0528-22-01-45

Le 01/06/2023

FACTURE N°264143

DAKACH MED NAJIB

Désignation	Quantité	PPM	Total
KARDEGIC 75MG\30	1	30,70	30,70
CACIT VIT D3	1	110,10	110,10
TANAKAN CP BT 30	5	71,30	356,50
<div><div>LOT : 22E007 PER: 06 2024</div><div>KARDEGIC 75MG SACHETS B30</div><div>P.P.V : 30DH70</div><div> 6 118000 061847</div></div>			
<div><div>PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI</div><div>Dr. LAMIA OUSSEHIR</div><div>61, Av. Al Mansour Eddahbi</div><div>Cité Dakha AGADIR</div><div>Tél: 05 28 22 01 45</div><div>INPE: 042007377</div></div>			
Total =			497,30

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quatre-vingt-dix Sept Dirhams et 30 centimes.



Cacit[®] vitamine D3

Carbonate de calcium et Cholécalférol **1000 mg/880 UI**



Lot: 2050473
EXP: MAI 2025



Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 110 DH 10



Granulés
effervescent
pour solution
buvable

30 sachets
Voie orale



30 COMPRIMÉS ENROBÉS

tanakan 40 mg

Boulevard ALKIMIA N°6 Q1-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

maphar

Consumer HealthCare

IPSEN

يوجد هذا الدواء في علاج أعراض بعض
الاضطرابات الإدراكية لدى الأشخاص المسنين
(خاصة اضطرابات الذاكرة)، باستثناء أي نوع
من القلق الموزن، اضطرابات ثانوية ناتجة عن
الأدوية، الاكتئاب أو اضطرابات أيضية.

Ce médicament est indiqué dans le
traitement symptomatique de certains
troubles cognitifs du sujet âgé
(en particulier troubles de la mémoire)
à l'exception de tout type de démence
confirmée, de troubles secondaires à des
médicaments, à une dépression ou à des
troubles métaboliques

03,30

03,30

71,30

LOT 225024
PER 11120

71,30

03,30