

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-801515

MLD

A 82205

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M995

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZI TOZR IL HAM

Date de naissance : 10.10.78

Adresse :

Tél. : 0669064777 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Age:

Lui-même

Lien de parenté :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

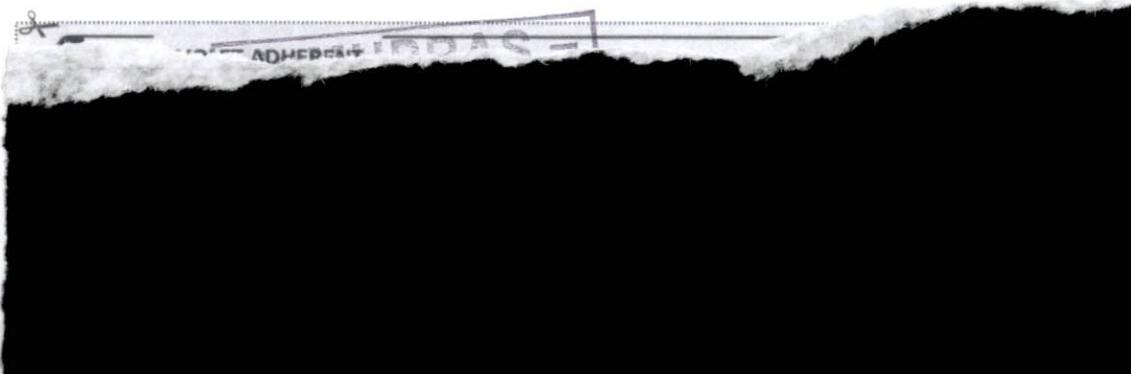
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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 Fourguiseur Date Montant de la Facture
 ZHAKMAK DENTAL RIN
 Rue 13 Diyar El Menzeh
 Lissasfa - Casablanca
 Tel: 0525 25 32 00
 10/18/23 989,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

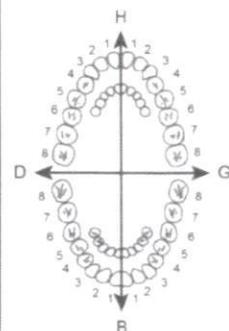
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

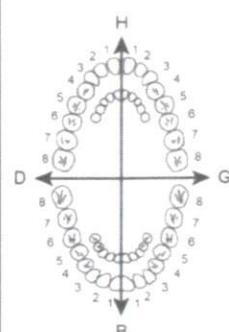
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFICIENT DES TRAVAUX

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433551

[Création, remont, a Fonctionnel, Thérapeutique, nécess

50

For testing glucose in whole blood using the On Call® Plus and On Call® EZ II blood glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

Contents:
 50 Test Strips
 Code Chip
 Package Insert

IVD



35°C

Σ 50



0123

On-Call® Plus Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood using the On Call® Plus and On Call® EZ II blood glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

Contents:
 50 Test Strips
 Code Chip
 Package Insert

IVD



35°C

Σ 50



0123

de 10/8/23

PHARMACIE MERINI
Rue 13 Diyar El Menzeh 2
Lissasfa - Casablanca
Tél: 0522 65 13 99

→ Régu Pour Achat De :

1 → Monoprost 30 Doses \Rightarrow 178,90

1 → Novorapide Flespen 85 stylos \Rightarrow 521,00

2 → BncatP Plus Bom'lette B.50 \Rightarrow 120,00

TOTAL : 989,90 DH

PHARMACIE MERINI
Rue 13 Diyar El Menzeh 2
Lissasfa - Casablanca
Tél: 0522 65 13 99

Monoprost®

50 microgrammes/ml

collyre en solution
en récipient unidose

Latanoprost

30 x 0,2 ml

مونوبروست

50 ميكروغرام/ملي

ملل قطرات للعين في

تاناوبروست

0,2 مل x 30



9

9Q48
03 2022
03 2024

Lot / Fab / EXP :

26106502

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعة المحددة

**Uniquement sur
ordonnance/Liste II**

**بصرف فقط بوجوب وصفة
طبية/إيجاده ||**

مسئول وموزع من طرف لا برووفان

21 زنقة الأوداية
الدار البيضاء

© 2018

نوڤوراپیدنس ش / م

نوڤوالي DK-2880 باسفيرد ، الدنمارك



novo nordisk®

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

8-9670-75-270-2