

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9696 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Samia Laidi

Date de naissance : 02/08/1963

Adresse : Lot 1001 138, Benoua Benachid

Tél. : 0671762316

Total des frais engagés : 2511,00 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DÉAL M MARQUETTE 94126 Docteur En Pharmacie Lot. Khadija Bd. de l'Indépendance Grouda Bsm. 05 2000 58 INPE 0 2084025</p>	11/10/19	2611,00

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Pharmacie ben msik

N° de facture : 170

Client : Laidi Samaoui

Date : 15/10/2019

Médicament	Nombre	P.U	Total
Slalevo 150	6	419.00	2514.00
Total			2514.00

Patente : 55805700

Adresse : Lot khadija Deroua

PHARMACIE BEN MSIK
MARBOUAINE MSIK
Dacteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabia Deroua
Gsm : 05 22 53 29 54

INPE
062084025

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse
نوفارتييس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/
نوفارتييس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/
نوفارتييس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse
نوفارتييس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/
نوفارتييس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/
نوفارتييس فارما شفايس أ.ج، ريش. سويسرا
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب