

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
9413

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSELAOUIZ Mohammed Samir

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29 NOV. 2019

Age :

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

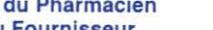
Le : / /

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
31/03/19	4		250	Dr Zakir GSM 06-67-445990 Case 9994

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>N. AIMA IDEAL Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. 1, Rue Jaâfar Ibnoou Anta Bourgogn Tel: 0522 20 11 86 - Casablanca</p>	03/09/19	98,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dernière activité, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Butovent® 0,04%
Salbutamol

21,90
PPY 2100-00

LOT 190563

EXP 03 2021

PPV 40.00 DH

CONDITIONS D'UTILISATION
ET DE CONSERVATION :

Voie orale.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à l'abri de l'humidité.
Fermer soigneusement le tube après chaque utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

شروط الاستعمال والحفظ :
عن طريق الفم
إقرأ النشرة بعناية قبل استخدام الدواء.
احفظ هذا الدواء بعيداً عن الرطوبة.
ابعد عن الماء بعد كل استعمال.
لا ينصح بالاستخدام بعد كل ساعتين.
بعد انتهاء الصلاحية، يرجى التخلص
منه ب SAFI معايير سلامة الأدوية.

Isolone®

Prednisolone

20 mg
20 Comprimés effervescents
Voie orale

Erlus®
Desloratadine

Erlus®
sirop 100 ml

Barcode
6 118000 180890

0,5 mg / ml sirop 100 ml

Casablanca, le : 03 SEPT 2019

21,90

Butovent syr

(S.V)

Pharmacie IDEAL
N° NIMMA
D. en Pharmacie de Casablanca
21, Rue Jaafar Benou Attia Bourguiba
Tél: 0522.20.14.86 - Casablanca

1 kg - 3 i - 1 fcc -

40,00

(S.V)

Isolone long

36,20

(S.V)

19 kg - 041 703 4

Erlus

Sud 1 i

Dr. Farhat Z.A.
Médecin
0522 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 144 500

13, Bd. Ain Taoujte (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1er étage, App. N° 1 - Bourgogne
Casablanca - Tél. : 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 144 500