

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

ions 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.

macie :

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.

taire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0031193

ND: 40401

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1324

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JANATI LATIFA

Date de naissance : 23/12/1951

Adresse : 9 RUE IDRIS ALAKRAF APT 6 TOUT HASSAN LIBAN

Tél. : 06.61.13.36.36

Total des frais engagés : 47,00 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-031193

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
PHARMACIE BEN OMAR 72 bis, AV. du Chellah, Hassan II INPE : 102071263	11/08/12	67,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE BEN OMAR
72 Bis. Av. du Chellah, Hassan-Rabat
Tel.: 05 37 76 99 30
INPE : 10207/1263

Facture

Le 11/08/2020

Client : JANATI LATIFA

رلن®
باراسيتامول 500
ملح

16 قرصاً فواراً

أذن و الحمى
b

للكبار من 27
عمرها

15,80
PPV 15 D H 8 0
PER 0 1 / 2 3
LOT J 1 1 8



Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité.
NE LAISSER NI À LA PORTE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 746/15 DMP/21/NRQ

6 118000040354

b
BZ/AMM des Laboratoires Al-Sabah Générale
S. Bouchchi - Numéro Responsable

Adulte et enfant
à partir de 27 Kg



31X3IX110

Doliprane®
PARACETAMOL
500 mg

16 comprimés effervescents

Adulte et enfant
à partir de 27 Kg



100027

03 / 16

COMPOSITION :
Paracétamol 500 mg
Excipients qsp 1 comprimé effervescent
INDICATIONS :
Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Reservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 Kg (soit environ à partir de 8 ans).
POSOLOGIE :
Lire attentivement la notice.
VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :
Voie orale, dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
Boîte immédiatement après.

DOULEURS ET FIEVRE

ADULTE

ADULTE



Carbocisteine 5%

BRONCHATHIOL®

150 ml

Solution Buvable

FLUIDIFIANT
des voies
respiratoires

BRONCHATHIOL®

Carbocisteine 5%

31,20

P 1 A 2 1 0 0 0 0
P E R 6 4 2 2 2
L O T 1 1 0 9 2

ADULTE



6 118000 040132



Carbocisteine 5%
Solvation Buvable 150 ml

BRONCHATHIOL® ADULTE

AMM N° 01/15 DMP/21/NTO

- Posologie : contre indicatrices, mises en garde et surdosage, lire attentivement la notice intérieure.
- Posologie : contre indicatrices, mises en garde et surdosage, lire attentivement la notice intérieure.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
- Poses de précautions particulières de conservation.

INDICATIONS :

- Bronchathiol® Adulte expectorant est préconisé en cas d'effections respiratoires récentes avec difficultés d'expectoration.

150 ml

Solution Buvable

Des voies respiratoires
FLUIDIFIANT

Carbocisteine 5%
BRONCHATHIOL®

52x52x127