

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.

Maladie Chronique **MUPRAS** **Déclaration de Maladie**

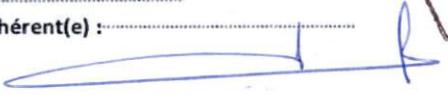
N° W19-475230
SSOLY Optique Autres
 Maladie Dentaire Cadre réservé à l'adhérent(e)
 Matricule : *4817* Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : *Loulidi SAAD Fouad*
 Nom & Prénom :
 Date de naissance : *27-01-1960*
 Adresse : *El Maleh N° 55 GULFA CASABLANCA*
 Tél. : *06.61.05.21.44* Total des frais engagés : *515,70* 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'intention 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 : *CASABLANCA* *15/01/2021*
 Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HJALAK Haj Nasser Pharmacie - El Oulemia 0522805345 IBAN CA1463000005	04/11/2014	515,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

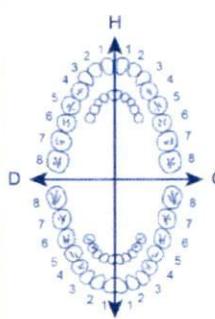
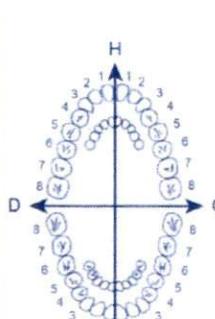
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
D	35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

PHARMACIE AL OUARD

55.AV OUED SEBOU HAY ALOUARD OULFA ICE:001541468000057
CASABLANCA
Tél : 0522905345
Patente : 35022195

Facture N° 857 254 Du 04/01/2021

LOULIDI SAAD FOUAD

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	DIAMICRON LM 60 MG / 60 CO GM	1	78,70	78,70
CO	JANUMET 50 MG/1000MG BT/56	1	437,00	437,00
2	Total	2		515,70

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENT QUINZE DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX CENTIMES

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oulfa
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 001541468000057

af'8t

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



قائمة I: لا يصرف إلا بوصيب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Lot/الدفعة رقم: 02-2020
Exp/效期: 02-2022
T023196
Mfg/产地: 中国
02-2022

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste I
يصرف فقط بوصيب وصفة طبية – قائمة I
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc
Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc

Janumet® 50 mg/1000 mg



Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 26819/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.