

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

- Reclamation : 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.

M22- 0035828

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5043 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBRAHIM HASSAN

Date de naissance : 12/06/1966

Adresse : BOUJBOUNE

Tél. : Total des frais engagés : 43,13 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

6/1/2023

NAOURI LATIFA

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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
Pharmacia	2023-02-03	
Juan J. Martinez Campos	2023-02-03	
24303880X		
03 FEB. 2023		
Pca. d'Urquinaona, 8		
08010 Barcelona - Tel. 93 200 33 05		
€ 300,00		
		43,13 €

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

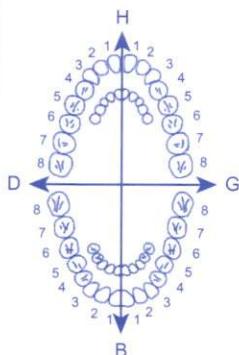
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				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

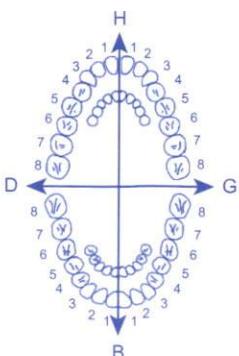


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

Docteur Khadija BENJELLOUN EL BOURY
Médecine Générale
Echographie

الدكتورة خليجة بن جلون البويري
اطب انعام
الفحص بالصدى

Boulevard Bourgogne - 1er étage n°2
Résidence Al Machrik 1
Casablanca - Tél: 05 22 26 12 50

شارع بورجون - الطابق الأول الرقم 2
إقامة المشرق 1 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 26 12 50

ORDONANNCE

Casablanca, le 6/1/2023

D^{ma} NAOURI LATIFA

DROGUE - DIARIO (N^o 2)

0,03 mg / 3 mg

1 cp / j

Dr. K. BENJELLOUN - EL BOURY
Médecine Générale - Echographie
Bd. Bourgogne - 1^{er} étage - N^o 2
Résidence Al Machrik 1
Tél : 0522 26 12 50

P1
Dr. K. BENJELLOUN - EL BOURY
Médecine Générale - Echographie
Bd. Bourgogne - 1^{er} étage - N^o 2
Résidence Al Machrik 1
Tél : 0522 26 12 50

Farmàcia
Juan J. Martínez Camps
2430380X

03 FEB. 2023

Pca. d'Urquinaona, 8
08010 Barcelona - Tel. 93 268 33 05

F08003058

FARMACIA URQUINAONA

PLAÇA URQUINAONA, 8

08010-BARCELONA

TEL: 93 268 33 05 N.I.F: 24 303 880 X

Fecha: 03/02/23

Hora: 13:53

F. Símp A881171/2023

Vendedor: 6/6-BEATRIZ

Descripción Artículo	Ca	P.V.P	%A	Importe
DROSURE DIARIO EI	1	43,13		43,13

Total.....: 43,13

Entrega Eur.....: 0,00

Con Tarjeta: VISA.....: 43,13

Devolución Eur.....: 0,00

Tipo Impositivo	Base	Cuota	Importe
Super Reducido	41,47	1,66	43,13

PER GARANTIR LA QUALITAT D'AQUESTS PRODUCTES SANITARIS NO ACCEPTEM LA DEVOLUCIÓ. GUARDEM 7 DIES ENCARREC GRACIES PER LA VOSTRA VISITA

*** Ejemplar para el Cliente ***

COMERCIO: 343833612

Terminal: 1

Nro. Tarjeta: *****5987

VENTA

Aut.: 415544

CRED

Pedido: 100468

Fecha: 03/02/23

Hora: 13:53

Visa CaixaBank

Aplicacion: A000000031010

N. Trans.: 000508

T.V.R.: 0000000000

43,13 EUR

Vía oral

668066.7

Drosure diario

0,03 mg / 3 mg

Comprimidos recubiertos con película EFG

Etinilestradiol/Drospirenona

EFFIK
S.A.

3x28 Comprimidos (21 comprimidos activos y 7 de placebo)

EFFIK
S.A.

LABORATORIOS EFFIK, S.A.

San Rafael, 3 • 28108 ALCOBENDAS (Madrid)

557978-01

Drosure diario

0,03 mg / 3 mg Comprimidos recubiertos con película EFG

668066.7



Comprimidos amarillos (comprimidos activos).

Cada comprimido recubierto con película contiene 0,03 mg de etinilestradiol y 3 mg de drospirenona. Contiene lactosa monohidrato, almidón de maíz pregelatinizado y otros excipientes.

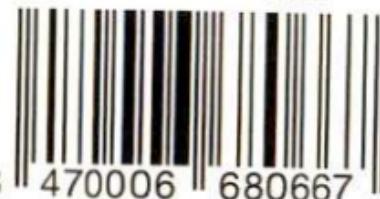
Comprimidos blancos (comprimidos placebo).

El comprimido no contiene principios activos. Contiene lactosa anhidra y otros excipientes.

Para mayor información, consultar el prospecto.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Mantener fuera del alcance y de la vista de los niños.

LABORATORIOS EFFIK, S.A.
DROSURE DIARIO 0,03 mg/3 mg
3X28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS EFG
C.N. 668066.7 - EX.O



8 470006 680667

PC: 08431544000324
SN: 93EC496RBRYH
Lote: LF26161A
CAD.: 02/2025

PC:
SN:
Lote:
CAD.:

MEDICAMENTO
SUJETO A PRESCRIPCIÓN
MÉDICA



VMA03