

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-796963

1589.80

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 111596

Société : RDM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GOTNI Seltana

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

GOTNI Seltana Vaccination

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
25/6/13	CS	C2	300.00 Dhs	INP : [REDACTED] ZI LANDESS DE DISTRE Casablanca 25 15 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-MAALI 125 My Rachid Groupe 6 45 Rue V - Casablanca Tél: 05 22 71 77 20		

ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

ORDONNANCE

A Casa

/Le 25/04/23

Dr. Zine LAHLOU BELLAMILH
PEDIATRE
Val Fleur - Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

GOTNI Sultana

1- Neumactra vacin

1 mg en IN

2- vit D B.O.N 200.000 UI

1 amp à boire

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain seba Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL
INJ 1FL
PPV : 734,00 DH
6118001 081981

HARMACIE AL-MAAL
Hay My Rachid Groupe 6
N° 45 Rue V Casablanca
Tél : 05 22 7 72 30



Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

كولي كالسيفيرول / CHOLECALCIFEROL

1 ml محلول للحقن العضلي وللشرب / Oral and IM injectable solution

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution

54000440

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.
Voie orale ou injection I.M.
Tenir hors de la vue et
de la portée des enfants.
A conserver à une température
inférieure à 25°C
et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully
before use.
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and
reach of children.
Store below 25°C and away from light.

يجب قراءة النشرة المرفقة قبل الاستعمال
عن طريق الفم او الحقن في العضل
يحفظ بعيداً عن مجال بصر
الأطفال وعن متناول أيديهم
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C
بعيداً عن الضوء.



رقم مقرر التسجيل DE n° 269/14H 095/97/15

فيتامين D3 بون 200 000 وحدة دولية/1 مل





BATCH MAN 0422
HP428 EXP 0326

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses.

تحفظ الصيام بالجرعات الموصولة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 1 1 8 0 0 1 2 7 2 2 2 8

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقرر التسجيل

 BOUCHARA-RECORDATI
GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنوع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Vitamine D3 B.O.N.®
200 000 UI/1 ml
in 1 ml ampoule

Composition :
Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 IU
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.®
200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml
Composition :
Cholécalciférol (vitamine D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

(12)
2

فيتامين D3 بون®
وحدة دولية/ 1 مل
في أشعة معاً 1 مل
الدليكيه
كوليسيفيرول (فيتامين D3) 200 000 (D3)
تريليفيرات متوسطة السلسلة كهبة كافية وحدة دولية 1 مل.