

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 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>1390</u>	Société : <u>A69839</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>MOSBAH Dabiq</u>		
Date de naissance : <u>23/08/52</u>		
Adresse : <u>245, Rue med Lou Lot. Nataawatil</u>		
Tél. : <u>06 32 47 44 25</u> Total des frais engagés Dhs		

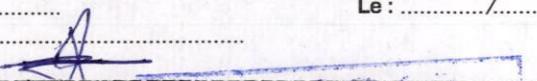
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>15/06/23</u>	Nom et prénom du malade : <u>M.S.BAH. AALICP</u> Age:
Lien de parenté : <u>Lui-même</u>	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Bronchite</u>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u></u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>	
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 : Casa

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
15/6/23	V.a.	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien DE L'OCEAN DES JARDINS Route d'Azemmour Km 15 Dar Bouazza - Casablanca Tél : 05 22 29 08 29 Fax : 05 22 29 08 29	Date	Montant de la Facture
	15/06/23	280,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

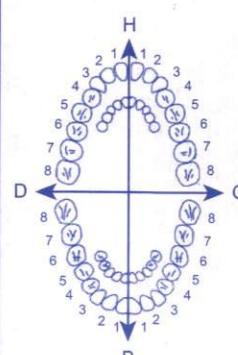
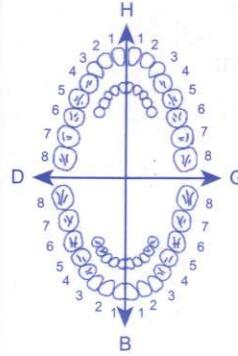
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

الدكتور جواد حسيني عراقي

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى

من كلية الطب بستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث

في الخصوبة ووسائل منع الحمل

Casablanca, le : 15/06/23

Mos 604 Dolila

1/ 79,70
A 30 SV

Zohes



3/ Neopla SV

63,304/ Balloony SV

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY
Route d'Agadir
Dar Bouazza
Tel: 05 22 993692
Sarl Al
Casablanca
05 22 29 08 29
05 22 29 08 29
05 22 29 08 29

38,305/ Polymo SV

T: 280,10



79,00

PPV 79DH80
PER 08/24
LOT K2178



A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Lot: 200259

DLUO: 07/2023

63,30DH

Fabriqué par : 
146-147, Zone Industrielle
Th Mell - Casablanca

NEOFORTAN 160 mg

PPV 98DH80
EXP 08/2025
LOT 26056 11

DE L'UTILISATEUR

POLYGYNAX®

capsule vaginale

contenant de polymyxine / nystatine

MAPHAR

POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Bd. Alkimia No. 6, Ql-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc

P.P.V. : 3BDH30

6 118001 182015



Conseils pratiques

En plus de votre traitement, il vous est conseillé de suivre certaines mesures d'hygiène :

- Afin de ne pas contaminer votre entourage, utilisez votre propre linge de toilette (gant, serviette).
- Portez des sous-vêtements en coton.
- Evitez les douches vaginales.
- Evitez d'utiliser des tampons périodiques pendant le traitement.
- N'interrompez pas le traitement pendant les règles.
- Votre médecin peut décider de traiter également votre partenaire.

Si vous avez utilisé plus de POLYGYNAX, capsule vaginale que vous n'auriez dû

Une administration excessive et prolongée pourra entraîner des effets sur l'appareil auditif et sur les reins notamment chez les insuffisants rénaux. Un emploi prolongé expose également à un risque accru d'eczéma allergique.

Si vous oubliez d'utiliser POLYGYNAX, capsule vaginale

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Si vous utilisez ce médicament de manière prolongée, une réaction allergique peut survenir. Vous la reconnaîtrez par l'apparition d'un eczéma (plaques rouges qui démangent) localement ou à distance du lieu d'application. Si cet effet survient, vous devez immédiatement arrêter le traitement et prévenir votre méde