

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

- 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

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19.52 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Sayadi Driss

Date de naissance : 13.4.8

Adresse : Rue 29 n: 187

Tél. 0675777335 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHAFIK Fouad
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errabbi Rue 69 N° 4 Oulfa
Tél. 0522 52 51 65

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.12.19

Nom et prénom du malade : Sayadi Driss Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Appendite digestive

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) :

[Redacted area]

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
22/01/24	G		200,00	<i>[Signature]</i>

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE SOUTIEN Dr. E. G. 22/01/24 N° 10 M. Oued Doud - Tel: 0522 50 51 65	22/01/24	T = 80,30 DHS

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

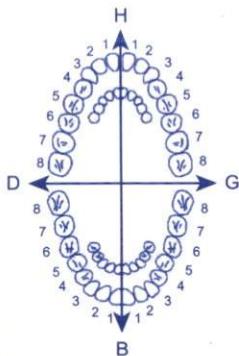
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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

25533412	21433552
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
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**

Docteur CHAFIK Fouad

الدكتور شفيق فؤاد

EXPERT ASSERMENT PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محلل لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى

Casablanca. le : 25/01/24

Soyouri Drs

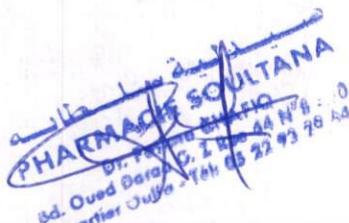
4980 - Flagyl 500

SV

3000 - Colin F

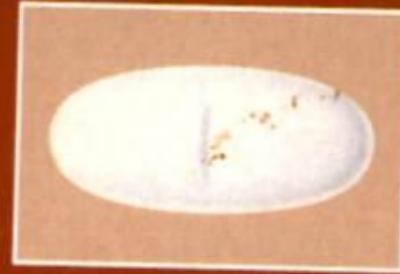
SV

T = 80,30



شارع واد أم الريبيع، زنقة 4 الطابق الأول - حي الألفة - الهاتف : ع. 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء
Bd.Oued OUM ERRBII Rue 69 N° 4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca-Tél: Cab. 05 22 90 51 65

®
کو-تريم
کوی



سلفامیتوکسانول - تریمیتوبریم

20 comprimés

EXP 09/2027
LOT 350213

CO-TRIM® FORT

PPU 30DH50

علبة بها 20 قرصاً

لبروفان

المكونات :

ميترونيدازول

لانحة السواغات معروفة التأثير:

نشا القمح (غلوتين)

تحذيرات خاصة:

اقرأ النشرة جيداً قبل الاستعمال.

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

500 ملخ السواغات: نشا القمح، بوقيدون K30، ستيلارات المغنيسيوم،

هيبروميلوز، ماكروجول 20000، لكل قرص مغلف.

فلاجيل®

500 ملخ

ميترونيدازول

20 قرصاً مغلفاً - عن طريق الفم

IMPRIIMPEL

Flagyl 500 mg

Respecter les doses prescrites

احتفظ بالمقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
A يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول

O



1180000 060062
P.P.U : 49DH80
CP PEL 820
FLAGYL 500 mg

LOT: 23E020
PER: 05.2028

