

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 : 11721 Société : RAM 804163

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ZAKANY ABDEL-ILLAH

Date de naissance : 30-12-1974

Adresse : RESIDENCE RIAD EL OMAARIA RIAD

APT 832 HAY CHTIFIA CASA

Tél. : 0663472262 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2016

Nom et prénom du malade : ZAKANY Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection du nerf optique

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) : ZAKANY Abdellah



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
13/03/24	C			<i>[Signature]</i> F. DOURRIZG Euro 091144530

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Redacted stamp]</i>	05/03/24	77,40
<i>[Redacted stamp]</i>	05/03/24	72,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

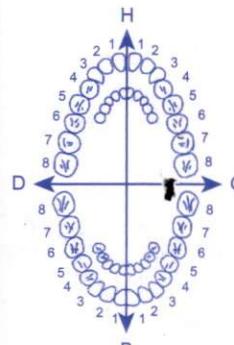
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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

H	25533412	21433552
D	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

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة والجمالية

جامعة عجمان

الحمد لله رب العالمين

الدّار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUafi

Casablanca le

25]03/21

ORDONNANCE

77,40

1

PHARMACEUTICALS
Dr. DILAN ABDUL RAHMAN SANI
DOST HAFIZAH ALI, M.B.B.S.
A. H. T. C. • CASA SANT'ANA
GSM CORP. LTD. • D-2 FIX 080857 1555



Mg

pmi 14M'2 - 0 - 14M'2

03/10/05
PHARMACIE CHAOUKI
DI DIANI NE
N° MINILOTS HAMIA 2 AVAIL 2005
AN CHOIX CAS BANCA 2
GSM 0553433717 FIX 080557





NOTICE : II
L'UT

Dénomination

TEGR

200 mg

Boîte de 50 comprimés pelliculés
sécables

TEGRETOL® CR
400 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
sécables

DCI : Carbamazépine

Veuillez lire attentivement
l'intégralité de cette notice avant
de prendre ce médicament.

Gardez cette notice. Vous
pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez d'autres questions,
si vous avez un doute, demandez
plus d'informations à votre
médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été
personnellement prescrit. Ne
le donnez jamais à quelqu'un
d'autre, même en cas de
symptômes identiques, cela
pourrait lui être nocif, même si
les signes de leur maladie sont
identiques aux vôtres.



6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg

Comprimé

NOVARTIS

PPV : 72,40 DH

- les effe
grave
uez un
tionn
n à vo
armac
tient d
t-ce q
cours que
- 2- Quelles son
à connaître
TEGRETOL
- 3- Comment u
TEGRETOL
- 4- Quels sont
indésirables
- 5- Comment c
TEGRETOL
- 6- Information

1- QU'EST-CE TEGRETOL® C CAS EST-IL UT

Tégrétol est un
antiépileptique
est la carbamazépine
sur prescription
traiter les adultes
souffrant de crises
(épilepsie). Il es
le traitement de
des nerfs comme
du trijumeau ou
psychiques (migraine,
maniaco-dépressifs),
de troubles appétitifs
les cures de détoxification
alcoolique.

 NOVARTIS

**NOTICE : INFORMATION DE
L'UTILISATEUR**

Dénomination du médicament :

**TEGRETOL® CR
200 mg**

Boîte de 50 comprimés pelliculés
sécables

**TEGRETOL® CR
400 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés
sécables

DCI : Carbamazépine

Veuillez lire attentivement
l'intégralité de cette notice avant
de prendre ce médicament.

Gardez cette notice. Vous
pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez d'autres questions,
si vous avez un doute, demandez
plus d'informations à votre
médecin, ou à votr

Ce médicament vo
personnellement p
le donnez jamais à
d'autre, même en
symptômes identi
pourrait lui être no
les signes de leur
identiques aux vò

Si l'un des effet
devient grave ou
remarquez un e
non mentionné
parlez-en à votr
votre pharmacie

Que contient ce

- 1- Qu'est-ce qu'
et dans quel
- 2- Quelles sont
à connaître a
TEGRETOL®
- 3- Comment uti
TEGRETOL®
- 4- Quels sont le
indésirables
- 5- Comment co
TEGRETOL®
- 6- Informations

**1- QU'EST-CE Q
TEGRETOL® CR
CAS EST-IL UTIL**

Tégrétol est un m
antiépileptique q
est la carbamazé
sur prescription r
traiter les adultes

