

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0015695

61000
B7349

Optique

Autres

taire

t (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Habib ALLAL Nahjouba

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 :

Nature de la maladie :

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.

Dr. Danielle DUVIGEANT
MESTASSI
Habib ALLAL Nahjouba
Casablanca
0522 27 69 05

ALLAL Nahjouba

Age:

Conjoint

Enfant

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-015695

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7-6-05 Dr. Danielle DUVIGNEAU MES ASSOCIÉS ECLOGUES - ACOUCHEUR 100% 75 50 05	15/06/05 Acte de naissance	1	250,00	Dr. Danielle DUVIGNEAU MES ASSOCIÉS ECLOGUES - ACOUCHEUR 100% 75 50 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAIZA A Bois de Blançay Tél. 05 22 51 33 94 N° 0244	07 / 04 / 21	9700

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

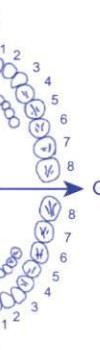
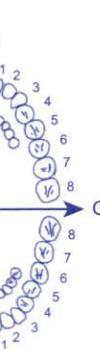
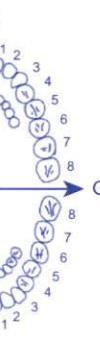
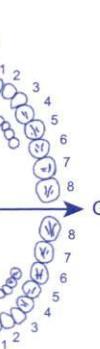
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Danielle DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستassi
خريجة كلية الطب بمونبولييه
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول (ع) : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

(بالموعد)

Le : 7/04/2021.

Mme HABIBA WAHAB Malyouha

97,00

AINARA

27/05/2021



X 4



INP 092050244

Dr. Danielle DUVIGEANT
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
4, Place Maréchal - Casablanca
Tél. : 0522 27 75 50

EN CAS D'URGENCE : CLINIQUE LES IRIS
13, Place Nid d'Iris - Quartier Racine - Tél. : 05 22 39 25 30

AINARA

gel hydratant vaginal
30g

Ainara est un **gel hydratant mucoadhésif utilisé pour soulager des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale, sécheresse vaginale et l'inconfort associés**, qui peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement, la ménopause ou résultant de l'irritation physique, chimique ou altération de la flore vaginale normale ou associés à l'utilisation des contraceptifs oraux ou autres médicaments.

Ainara présente une bonne tolérance vaginale.

INGREDIENTS : Glycérol (E422), polycarbophil, carbopol, parahydroxybenzoate de méthyl, sel de sodium (E219), parahydroxybenzoate de propyl, sel de sodium (E217), hydroxyde de sodium, acide chlorhydrique, eau purifiée. Sans parfum.

MODE D'EMPLOI : Laver les mains avant et après l'utilisation. Ainara est appliquée à l'intérieur du vagin à l'aide d'un applicateur, préalablement rempli avec 1 g de gel.

Il est recommandé une application de Ainara 2 fois par semaine.

Il peut être utilisé quotidiennement en cas de besoin, jusqu'à 12 semaines.

Si les symptômes persistent consultez votre médecin.

CE 0318

Fabricant:  **ITALFARMACO S.A.**

C/ San Rafael 3 28108 Alcobendas (Madrid)

016
2023-12
97,00 dh

Lot:


PPC: