

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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 ALQ :

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

N° M21- 0015695

61000
B7349

Adhétaire

☐ Optique

☐ Autres

Profession (e)

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

RELEVÉ 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
			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/04/21	97,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

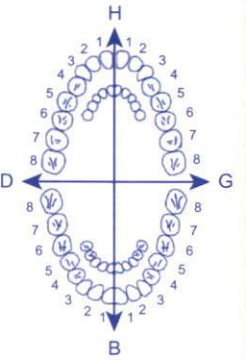
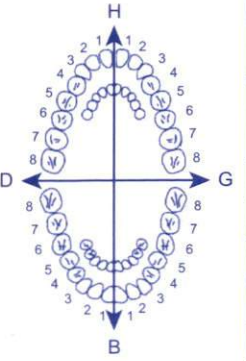
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
																					
																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>G</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>B</td></tr> </table> </div> <div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>	H		H	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	G	35533411	11433553				B			
	H		H																		
	25533412	00000000	21433552																		
	00000000	00000000	00000000																		
	D	00000000	G																		
	35533411	11433553																			
			B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Daniele 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 مستاسي
خريجة كلية الطب بمونبوليه
داخلية قديمة بمستشفيات برينيان
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, 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

HABIBAH Malypouha

97,00 AINARA 2pts / semaine

X 6

Pharmacie REGIONALE
TAZI Adnane
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tél. : 0522 31 33 94

INP 092050244

Dr. Danielle DUVIGEANT
MESTASSI
GYNECOLOGUES - ACCOUCHEUR
4, Place Maréchal - Casablanca
Tél. : 0522 27 75 50 / 05 22 27 69 05

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 appliqué 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.



Fabricant:  **ITALFARMACO S.A.**

C/ San Rafael 3 28108 Alcobendas (Madrid)

Lot:



PPC:

016

2023-12

97,00 Dhs

