

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ntaire :

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.

aladie 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10238

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHMANI Abdennour

Date de naissance : 16-10-64

Adresse : BD "c" N° 72 Missini 3^{er} ETG, Appart 12

Hey Hassani CASA

Tél. : 0640 43 17 95

Total des frais engagés : 719.503 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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.

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) :

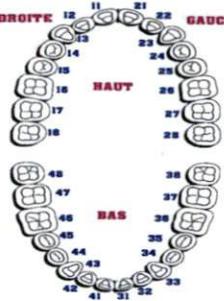
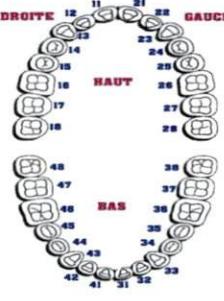
SPK

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution												
																	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>			D	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	(Création, Remont, adjonction)		Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
D	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
(Création, Remont, adjonction)																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VOLET ADHERENT NOM : _____		Mle DECLARATION N° W18-348065															
Date de Dépôt _____ Montant engagé _____ Nbre de pièces Jointes _____																	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																	



W18-348065

DATE DE DEPOT

24/08/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT **Mle 10238**

Nom & Prénom **SAHMANI Adenathim**

Fonction **Agent Etude** Phones **0640431795**

Mail _____

MEDECIN Prénom du patient _____

Adhérent Conjoint Enfant Age _____ Date **24/08/2020**

Nature de la maladie **Séjour fixe**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes _____ Nbre de Coefficient _____ Montant détaillé des honoraires _____

PHARMACIE Date **24/08/2020**
 Montant de la facture **519,50**

Lamia DIOUR
 Pharmacienne
 Pharmacie Missimi Hay Hassan
 Rue 24 Angle Rue 12 N° 1
 Cité Missimi - Casablanca
 Tél. : 05 22 90 05 73

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date : _____

Désignation des Coefficients _____ Montant détaillé des Honoraires _____

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

|--|--|--|--|--|

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

49, 10x2

Casablanca, Te :

الله اعلم ١٦٦

49,00

Fixol sus
(csx3fj.)

65,10

Ultra-leisure ~~no~~ ^{is}
ignat

18.00

Dolichaw

99,00 x 2

1911³

21

Qd des 20

✓✓✓✓✓

2645

طريق مولاي التعمامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - الدار البيضاء
العنوان: 11 شارع مولاي التعمامي - الدار البيضاء
النوع: مصلحة الضمان الاجتماعي
الإسم: عبد العزيز العلوي
الرقم: 022 55 00 66
الموعد: 11-05-2011
الوقت: 08:00
البيان: مراجعة مولاي التعمامي
البيان: تغيير الاسماء
البيان: تغيير الاسماء
البيان: تغيير الاسماء

60. طرفة مولاف التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا. الحي الحسني. الدار البيضاء

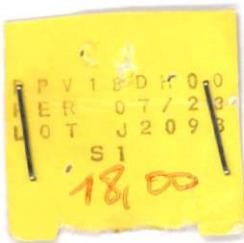
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drqzsa@gmail.com

66,00



66,00



Lot: مجموعه

Fab: صنع

EXP: صالح لغاية

630 03 2020

03 2023

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

LOT 191338
EXP 04/2022
PPV 99.00 DH



8 032578 477337

أِيْكُسُول



محلول للشرب

Lot: 200037
 À consommer
 avant le: 02/2023
 PPC: 79,00 DH

الشكل و التقديم :**أِيْكُسُول®** للκκαρ - محلول للشرب - قارورة تحتوي على 200**أِيْكُسُول®** للصغار - محلول للشرب - قارورة تحتوي على 00**الخصائص :**

يحتوي **أِيْكُسُول®** للκκαρ على مكونات فعالة مستخلصة من صمغ النحل، الإيناسيا ومواد طبيعية أخرى مساعدة على إخراج البلغم المترافق في المجرى الهوائي و تهدئتها في حالة إصابتها بالإلتهاب كما تعمل على تقوية جهاز المناعة مما يضفي إرتياحا شاملًا على الجهاز التنفسي.

دواعي الإستعمال :

- تراكم البلغم في المجرى التنفسي.

- إلتهاب الحنجرة.

- البحّة.

نصائح الإستعمال :**أِيْكُسُول®** للκκαر : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.**أِيْكُسُول®** للصغار :

• أقل من 4 سنوات : ملعقة صغيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

• من أربع إلى 12 سنة : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

احتياطات الإستعمال :

- لا ينصح استعماله عند الأشخاص ذوي حساسية لمستخلصات خلية النحل.

- لا ينصح استعماله عند الحامل.

- قد يحتوي المحلول على رواسب ناتجة عن طبيعة مكوناته دون المساس بجودته أو فعاليته.

- يجب� إحترام الكمية الموصى بها.

- يحرك جيدا قبل الاستعمال.

- يحفظ في مكان بعيد عن الحرارة ويستهلك في مدة لا تتجاوز شهراً بعد فتحه.

- يوضع بعيداً عن متناول الأطفال.

مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارملايف ريسورتش إيطاليا.

مستورد و موزع في المغرب من طرف مدير فارما.

رخصة وزارة الصحة رقم :

أِيْكُسُول® للκκαر / DA 20141312124DMP/21v1**أِيْكُسُول®** للصغار / DA 20161312198DMP/20UCA/v1

رخصة المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية رقم ES.5.229.16