

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : **12.09**

Société : **44909**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BERKAOUI MAFIKA**

Date de naissance : **7/7/65**

Adresse :

Tél. : **06.07.16.87.76**

Total des frais engagés : **.....** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/07/2020**

Nom et prénom du malade : **BERKAOUI MAFIKA** Age : **.....**

Lien de parenté : Frère(e) Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **AFFECTION 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) :



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
10.07.2017	Projet sur Saliva Haut Gastro- entéro-cœlé	1	GRATUIT	Professeur Hépato- gastro- clinique Dr. Salama 120, Bd. M'hamed la Cai - 1007

GRATUIT Professeur Hippolyte G. Gauthier, M.D. Clinique Gilar Haute, 12, Bld. M. Vidor, 1er Cess. Téle 03 26 27 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES -

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(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

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale

الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

الدار البيضاء، في 10/09/2020

Mme Dekaoui Malika

prendre :

- TEFOVIR

280.00 ^{440.00}
1 comprimé par jour, après le repas pendant
3 mois (3 Boîtes)

867.00

STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. 64
728, Bd. Modibokeita - Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف:

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : الموقع الإلكتروني : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma

تەنەفۆریور دىسۆپرۆکسیل فۇمارەت 300 mg
ئەپتەنەن 1
ئەپتەنەن 300 mg
تەنەفۆریور دىسۆپرۆکسیل فۇمارەت 300 mg

Excipients à effet notoire : lactose monohydrate
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Ténofovir disoproxil fumarate 300 mg
Composition :

6 118000 096078



Tefovir® Pharma 5 300 mg
30 comprimés pelliculés

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 7711
PER 01-22
PPU 289 DH

Voie orale
30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5

تەنەفۆریور دىسۆپرۆکسیل فۇمارەت 300 mg
ئەپتەن 1
ئەپتەن 300
تەنەفۆریور دىسۆپرۆکسیل فۇمارەت 300 mg

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Tenofovir disoproxil fumarate 300 mg
Composition :

6 118000 096078



Tefovir® Pharma 5 300 mg
30 comprimés pelliculés

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir® Pharma 5

Tenofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 7711
PER 01-22
PPU 289 DH

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5

تەنەفۆریور دىسۆپرۆکسیل فۇمارەت 300 mg
ئەپتەن 1
ئەپتەن 300
تەنەفۆریور دىسۆپرۆکسیل فۇمارەت 300 mg

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Tenofovir disoproxil fumarate 300 mg
Composition :

6 118000 096078



Tefovir® Pharma 5 300 mg
30 comprimés pelliculés

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir® Pharma 5

Tenofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 7711
PER 01-22
PPU 289 DH

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5