

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

Informations 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

- 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 : 9947 Société : 56683

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHARKI - OMAR

Date de naissance : 15-05-1963

Adresse : Perle de Nouaceur 4 7mn 5 Apt 6

étage 2 Nouaceur - Casablanca

Tél. : 06.61.19.48.03

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2021

Nom et prénom du malade : OUL HAG Fatima

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabetique, Eczema

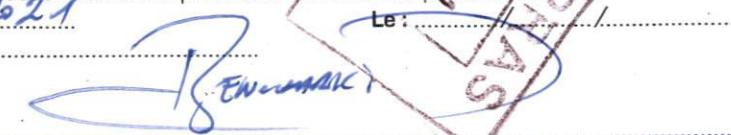
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 22/01/2021 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
22/11/21	C	α	1000,00	Dr MALIKI Mohammed Médecine Générale Diplôme en Echographie Deroua - Tél. 0661952094

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Bloc U N° 1 Deroua Tél: 05 22 53 20 83	22/11/21	224,30

F 18bc062044176

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

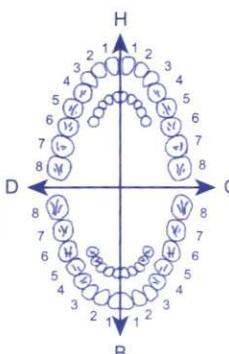
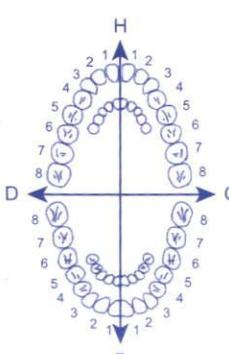
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552 00000000	G	
D	25533412 00000000		B	
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 22/01/2021

ORDONNANCE

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

OULHAJ Fatima

~~17,00 Glucovon ce 150g~~
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc UN^o 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

15,20 Glucophage 850 g

25,00 x 2 - Dopsy gel N^o 2
Dappig gel 1 ml

22,70 - Rins u - gel 200

58,00
224,30

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

LOT 201451
EXP 11/2025
PPV 45.20DH

TOPSYNE GEL
FLUOCINONIDE

25.50

TOPSYNE GEL
FLUOCINONIDE

25.50

Composition: Désogestrel 0,150 mg, Ethinylestradiol 0,020 mg

Excipient : g.s.p un comprimé.

Excipients à effet notoire : lactose

التركيب: ديسوجستريل 0,150 مغ، إثينيل إستراديول 0,020 مغ
المساهمات: ك.س.پ. واحد
مساهمات ذات التأثير الملحوظ: لاكتوز

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Médicament soumis à prescription médicale

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

دواء خاضع للوصفات الطبية



6 118001 100446

MERCILON Boîte de 21 comprimés

Distribué par MSD

AMM 311/14DMP/21/NTT

P.P.V : 58,00 DH

10785/290615-2

Titulaire d'AMM /Détenteur de D.E en Algérie /
صاحب رخصة التسويق /صاحب مقر التسجيل في الجزائر

N.V. ORGANON

Kloosterstraat 6, 5349 AB, Oss, Pays-Bas.

Fabricant / الصانع

N.V. ORGANON

Kloosterstraat 6, 5349 AB, Oss, Pays-Bas.

Ou/
ORGANON

مختبرات الصيدلية فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

PHARMA5

LOT : 4727
UT.AV:11-23
PPV: 22DH70

Excipient à effet notoire : Lactose

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage original. Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Sur prescription médicale uniquement

AMM N°: 298/DMP/21/NRQ



Titulaire d'AMM au Maroc:

Laprophan 21,
Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

الصانع / Fabricant

Merck Santé s.a.s.
2, rue du Pressoir Vert
45400 Semoy - France



MERCK

Glucovance® 500 mg/5 mg

comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés

Glucovance®
comprimé pelliculé

500 mg/5 mg

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH