

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 : 000.100

Société : 58568

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.15.94.48.75

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.

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 : 08/02/2021

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
20/10/21			1500	Dr. EL GUERMAI Nadia Azraira Berrechou 2 Bd Hassan Benou Centre Dentaire CHAFIRIA IAGHA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL GUERMAI Dr. EL GUERMAI Nadia Tel: 0522 32 80 35	30/10/21	347,40

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	

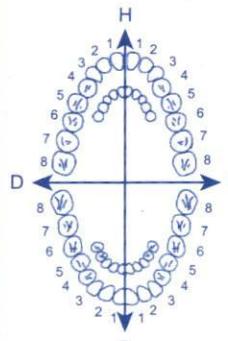
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

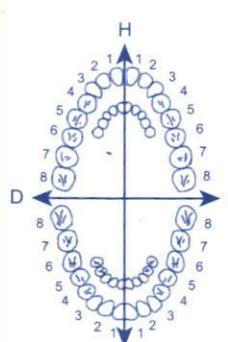


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

Berrechid le

30/01/2021

برشيد في

EL HARRAM FATIMA

144.00

4) MECURK 20 mg x 10 comprimés



LOT 200702
EXP 02/2022
PPV 144.50DH

2) ALIVIAR 10 mg x 10 comprimés (1 mois)

27.00



27.00
LOT 200702
EXP 11/2025
PPV: 27.00DH

3) KALMAGEL 100 mg x 30 comprimés

73.90



Lot: 200512
A consommer
avant le: 09/2025
PPC: 79,90 DH

4) REPADINA 100 mg x 10 comprimés

96.00

Dr. GHAFIRI AICHA
Azzam Berrechid
Dr. Hassen Benou
Dr. Ghafiri Aicha
Dr. Ghafiri Aicha

La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conservé correctement

Promoplus Pharma

LOT :



EXP :

PPC : 90 Dh

Repadina®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 ovules vaginaux

Indications: traitement adjuvant des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en œstrogène.

Mode d'emploi et précautions: lire la notice contenue dans la boîte.

Présentation: 10 ovules vaginaux de 2 g

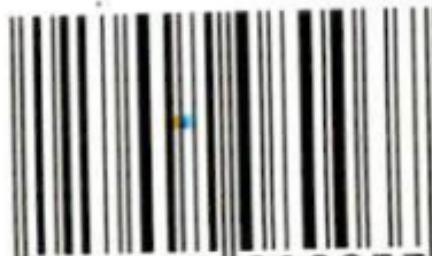
DISPOSITIF MEDICAL  0373

Autorisation DMP N° 2630/258/2015/DMP/20/DM



Fabricant: FARMA-DERMA s.r.l.
Via dell'Artigiano 6-8 – 40010 Sala Bolognese (BO) – ITALIE (ITALY)

Distributeur: PROMOPLUS PHARMA
Hay Raja 2 N°100 – BP 401, Had Soualem, MAROC



6 118002 080037