

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W19-489413

76201

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2577

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MABTY - MOHAMED

Date de naissance :

09-05-1952

Adresse :

Hassuelle

Tél. :

05 22 90 67 97

Total des frais engagés : 510,90 + 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AKKAL Noura
HEATO-GASTRO-ENTERO-SUQUE
710 Bd. Oued Sebou 2ème Etage 3
Casablanca - Maroc

Date de consultation :

24/05/2011

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

psules + constipation

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 : 28/06/2011

Signature de l'adhérent(e) :

C. MABTY

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
20/11/2011	CS		30000 F	INP : 09101923 Docteur AKKAL Noura HEPATO GASTRO ENTERO OGY

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE Mme BENJELLOUN NEAMA Bd. Oued Tensift El Ouardia 022.91.08.024 INPE	24/5/21	510.92

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09207			

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur AKKAL Noura
Ep. Marchane

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
du foie et Proctologie
Echographie abdominale
Endoscopie digestive

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté de Médecine de Fès

الدكتورة عقال نورة
حزم مرشان



اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد - الأمعاء - المعدة والبواصير
الفحص بالصدى
الكشف بالمنظار

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا الجامعى بالرباط
دبلوم جامعى فى علاج أمراض الشر والبواصير بكلية الطب بالرباط
طبية والحملية بكلية الطب بفاس

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 980 H80
EXP 01/2024
LOT 00039 3

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 980 H80
EXP 01/2024
LOT 00039 3

Ordonnance

Casablanca, le :

26/11/2023

Abzahrri Fatih
① Neofortan (5.1) 160 mg.

LOT: 210152
PER: 03/2024
PPC: 79.50 DH



29/11/2023 160x3
② Carbosorb 160x2
29/11/2023 160x2



③ Duphalac 160x2
160x2

40° ; (6)

Odele

484, 1²

regarding

Gause

Silvia

Access 2011

$\leq 10^{\circ}$,
 $\geq 90^{\circ}$

LOT: 200713
PER: 01~2023
PPV: 140,000PH

HEPATO SAR
710, Bd. Oued Sbaou Zemmour
El Jadida - Casablanca

يحرك جيدا قبل التشرب.
لا تتركه في متناول الأطفال.
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة.
لا يجب المخالطه على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni.

Beckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN 034681
DOM 12/2020
EXP 12/2022

3079955