

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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 : 1367 Société : (118577)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ANJR TISANI Jamila

Date de naissance : 06/12/49

Adresse : Rabat

Tél. : 06598220167 Total des frais engagés : 280, + 169,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2018

Nom et prénom du malade : ANJOR TISANI Jamila

Lien de parenté : Même mère Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Docteur en Chirurgie Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Docteur en Chirurgie Dentaire

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 10 Janvier 2018 Le : 10/01/2018

Signature de l'adhérent(e) : Jne Amz



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
20/1/22	Consultation	11	1000	EL AYAN Docteur en Chirurgie 10, Bd. Zekhoune - Casablanca N° 18 01 24 51 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/08/12	167,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

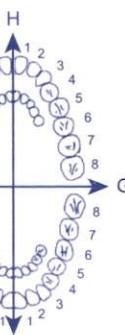
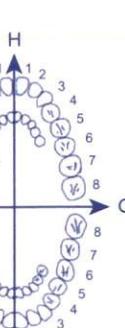
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DENTAIRE

Dr. EL ALAMI EL Mamoun
Docteur en Chirurgie Dentaire
Acien Interne des Hôpitaux de
MONASTIR

70, Bd.Zerkouni - 8^{ème}Etage - N° 18
Tél.: 05.22.20.51.51
CASABLANCA



الدكتور العلمي المامون

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالمنستر

70 شارع الزرقطوني - الطابق 8 - رقم 18

الهاتف : 05.22.20.51.51

دار البيضاء

Casablanca, le :

22/03/22

9^{me} ADO RTI JAN JSTL.
55,000 - Alexil (16) 21,000
55,000 - Suk vax 21,000
55,000 - Kin (16) 21,000
55,000 - AX 21,000

Perio KIN
Gel

Lote / Batch:
 Exp.:

DR. EL ALAMI EL MAMOUN
Docteur en Chirurgie Dentaire
70, Bd. Zerkouni 8^{ème} Etage
N° 18 - CASABLANCA
05.22.20.51.51

Amoxil

1g
amoxicilline

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g
Excipient q.s.p. 1 comprimé
Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

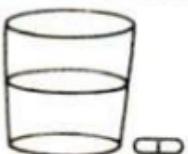
Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 55,00 DH

LOT : 647864

PER : 08/23



A avaler avec un verre d'eau
بتلع مع كأس من الماء

OU



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038