

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.

Maladie

Dentaire

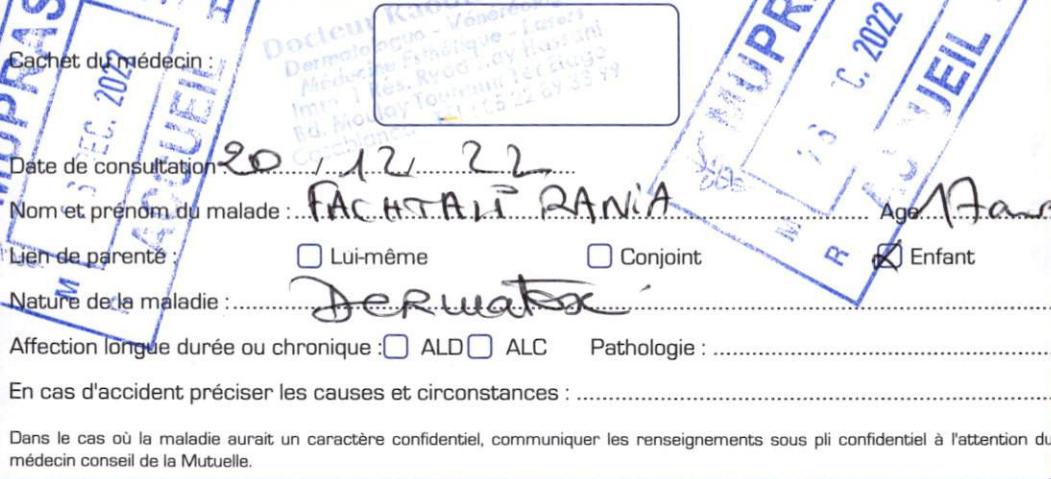
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	06628	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FACHTA LI RANIA			
Date de naissance : 01/03/1961			
Adresse : Bous. Anfa, angle T.M.D. apt 062 6 ^e étage Casablanca			
Tél. :	0661310622	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20/12/22	Nom et prénom du malade : FACHTA LI RANIA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dermatose		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : Casablanca, le 21/12/2022.
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 21/12/2022.

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
2019-02-22	200,00	- 

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 197, B 252 1689 111221265000012	Date : 447169 1977-09-RC 111221265000012	Montant de la Facture : 965,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénéréologue

Ancien Médecin interne au CHU

Ibn Rochd et à l'Hôpital SAR Moulay El Hassan

Diplômée en Médecine Esthétique

et lasers de l'université de Besançon - France

Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles

Allergies - Brûlures - Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique - Lasers



الدكتورة كوثر جناتي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد

ومستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

والليزر من جامعة برسنون فرنسا

أمراض الجلد، الشعر والأظافر، الحساسية

الحرق، جراحة الجلد، طب التجميل، الليزر

Casablanca, le : 20/12/22

Faithale Rania

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL
Bourjara AMAR
197, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC: 447169
IF: 37734689 - ICE: 002312695000015

69,00 x 6

1) Tetralysul 300 gélules 72,50
1 gélule / 300 mg - pdf 3 mois.

2) Difflavie 5.0 cream
1 app 1 mois / 2

3) Keracnyl PR 58,40
1 app 1 mois / 2. } 43,00

4) Sleepmed 20 mg 140,00
3 cp / J 0,5 mg / dose

5) Oedes 27,50
1 cp / J

6) Spafac 2 cp

126,30 x 2 cp x 2 J 7) Argireline 1 g 2 boîtes.

1 pot x 31 J. pdf 10 J
965,00

عمارة 1، رياض الحسني، «الليانس دارنا» شارع أم الريـعـ، طـرـيقـ الرـحـمـةـ الطـابـقـ الـأـوـلـ - الدـارـ الـبـيـضاـءـ

Imm. 1, Groupe Résidentiel Ryad Hay Hassani (Alliance Darna), Bd Oum Rabii Route Arrahma, 1ère étage - Casablanca

Tél : 0522 89 33 99 / Gsm : 0668 31 87 43 - E-mail : janatikawtar@hotmail.fr

3 400934 3763

DIFFERINE 0,1%

crème tube de 30 g
AMM N° 291 DINP/21/NCV
PPV : 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA

6 118001 070206
I.P. N° 1.27182 Bouskoura-Marc

Boîte de 16 gelées.
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH.
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

لیمیسیکلین

UT.AV. :

211318
PE : 04-2024
PPV : 140,00DH

Solupred®

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

مکالمہ احمدیہ

يعرف فقط بموجب وصفة طيبة . جدول A (اللائحة 1)

27,50

卷之三

Barcode: 6 118001 070800
Product: ETRALYNSA 300 mg
Strength: 300 mg
Form: TABLET
Dose: 16 mg/TEBL
P.D.V.: 69.00 DH
B.P.N.: 27128801070800
Distributor: BOSTHMA
Manufacture: BOSTHMA
Expiry: 01/2026

Barcode: 07080018118001
Product Information:
TETRALYSISAL 300 mg
Bottle of 16 gelatin capsules
A.P.V. 69.00 DH
A.M.N. 25/07/2011
N° 17288 Bouloumié Marc
SOTHEM

Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/INCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g/125 mg

sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH

LOT: 648851

PER: 10/23



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g/125 mg

sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 126,30 DH

LOT : 648851

PER : 10/23

