

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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)

12 929

Matricule :

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Douimi KHADIJA

Date de naissance :

13-12-1990

Adresse :

lot Tissir N° 04 DAR Bouziza Casablanca

Tél. :

06 63 46 54 66

Total des frais engagés :

335,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/12/2022

Nom et prénom du malade :

Ms Douimi Ichadija

Age: 33 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Digestive

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 : 26/12/2022

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
12/12/2022			300 DT	INP : 091258533 Dr. N. G. Hépato-Gastro-Endocrinologue Av. Abdellatif Cherkaoui El-Béchar Tél.: 05 22 80 33 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ocean Bay Dr. FILALTAOUAL Fouad 127, Ocean Bay Dar Bouazza	12/12/2022	35, 30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

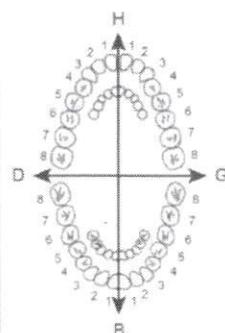
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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



ODF PROTHESSES DENTAIRES

H	1	2	3	4	5	6	7	8
D	8	7	6	5	4	3	2	1
G								
B								

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[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

Dr. Merieme NACHIT
Hépato-Gastro-Entérologue
et Proctologue

Lauréate de la fac. de médecine - Casablanca
Ancienne médecin du CHU Ibn Rochd



دكتورة ناشط مريم
أخصائية في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي والشرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 12/12/2022

M = Dourmi Icha driga :

2) My doflex 4P
2 q x 2 / J

après negas polt

2 semaine



supp + creme

Titandrine



creme

supp enrode'

pdt 2 semaine



Pharmacie Ocean Bay
Dr. ZELALIA OUAZI Fouad
127, Ocean Bay Dar Bouazza

X 2 / J

Dr. NACHIT Merieme
Hépato-Gastro-Enterologue
Casablanca, N° 40, Offices Al Amal
Av. Abdellah Senhaji, Quartier El Fida - Casablanca
05 22 80 10 05

3) Alcastehil

4) Demofix 2% crème
2 app x 41 g.



INDICATIONS:
Traitement local des symptômes [prurit, douleurs] liés à la crise hémorroïdaire.

دواعي الاستعمال :
علاج مرض عراض (الآلام و
المحة) خلال أيام ال بواسطه.

COOPER
PHARMA

DÉPLAIS 1933
41, rue Mohamed Diouri 20110
CASABLANCA, MAROC
Amina DAOUDI, pharmacien responsable

POSOLOGIE :

1 à 2 suppositoires par jour.

La durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours.

الجرعه:

1 إلى 2 تناول في اليوم.
مدة العلاج لا تتجاوز 7 أيام.

25x60x120

7

تايكونوريون

كاراغينات / شاني (وكسيد البنان/وكسيد الزنك

LOT: 221507
PER: 10-2025
PPV: 19,30DH

Boîte de 12 SUPPOSITOIRES

SUPPOSITOIRE

Carraghénates / Dioxyde de trane / Oxide de zinc

TITANOREINE®

756.155.01.21

علبة من فئة 12 حميصة

تحميصة

عن طريق المجرى

®

TITANORÉÏNE

Carragenates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CREME

à la lidocaïne (2%)

LOT : 220139

PER : 03-2025

16,00 ₣

INDICATIONS : Traitement local des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire

موashi الاستعمال : علاج موضعى للأعراض (الآلام و الحكة حلال أزمات البواسير

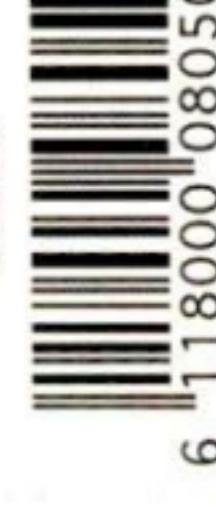
عن طريق السخراج
voie rectale.

COOPER

Fabriqué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca
Amina DAOUDI Pharmacien Responsable



Titanoréïne à la
lidocaïne 2%
Crème



6 118000 080503

TITANORÉÏNE®

CREME

à la lidocaïne (2%)

TITANORÉÏNE®

Carragenates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CREME

Crème en tube de 20 g

756.159.10.15