

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 :

6119

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANANE

Abdelmajid

Date de naissance :

26 - 2 - 62

Adresse :

Marakech

Tél. :

06 65 64 87 85

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07.02.2013

Age :

53

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

douleur

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 :

Casa

Le : 20/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : 091165597

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
07.02.23 C			126	91165507

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FCH Lotissement Chita n° 8, Immeubles Biuznikay Ben Slimane Tel/Fax: 05 37 74 56 43 EPE: 062081187	07/02/23	163,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

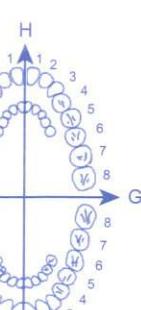
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux	
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins									
			Date du devis									
			Date de l'exécution									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ER-RADI ELENA

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Accouchement - Stérilité de Couple

Chirurgie Gynécologique

Echographie

Ex Médecin Attachée CHU - Ibn Rochd - Casa



الدكتورة الرعدي إلينا

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الولادة - الجراحة النسائية

العمق عند الزوجين - الفحص بالصدى

طبية ملحة سابقا بقسم أمراض النساء و التوليد

بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

07.02.23

الدار البيضاء في : Casablanca , le :

PHARMACIE RECHAY
Lotissement Shita N° 8, Imm. Al Fatiha
Bluznika, Ben Slimane
Tél/Fax: 05 37 74 56 43
INPE: 062081187

LOT N°: 79929
UT.AV: 05 24 P.P.V 89 00

89,00

vibro rep. fort +,
après le rép

40,40

②

Meteospasmyl (18)

+

1er en cas de
douleur

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Barcode: 1000293

PHARMACIE RECHAY
Lotissement Shita N° 8, Imm. Al Fatiha
Bluznika, Ben Slimane
Tél/Fax: 05 37 74 56 43
INPE: 062081187

PHARMACIE RECHAY
Lotissement Shita N° 8, Imm. Al Fatiha
Bluznika, Ben Slimane
Tél: 05 22 73 35 80
Chabab 2A, Bd Mohammed El Baamrani
Chabab 2A, Bd Mohammed El Baamrani
Chabab 2A, Bd Mohammed El Baamrani

شباب C2A شارع محمد البغمراني عمارة F4 شقة 4 الطابق الأول عن السبع الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 35 80

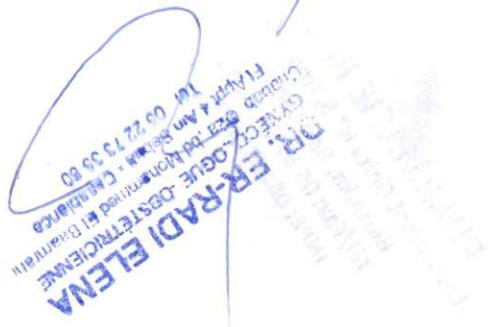
Chabab C2A, Bd Mohammed El Baamrani Imm. F4, App. 4 - 1^{er} étage Aïn Sebaâ - Casablanca - Tél.: 05 22 73 35 80

33.80

colpotrochne of

for the seas

sat 10 p



Colpotrophine®

PRO MESTRIEN

كولبوتروفين

بروميسترين

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

NE PAS AVALER

لا ينصح

MENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

فقط بوصفة طبية

ture inférieure



Maphar
Km 10, route côtière 111

quartier industriel, Zemata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 10

P.P.V. : 33DH80



6118001 180691

8P986A
SEP 2023
Lot/Batch

Titulaire de l'AMM au Maroc :
Maphar, Km 10 route côtière 111,
Quartier industriel, Zemata - Ain Sebaa, Maroc