

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

178163

Déclaration de Maladie : N° S19-0051297

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13132

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEKKAT ZINEB Date de naissance : 15.11.1990

Adresse : 650 Bd AbdS Res Acacia Imm G Etg 3 App 635 Cem

Tél. : 06 61 35 19 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BOUGA
Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Ba Hmad
05 22 4097 40/44

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : SEKKAT ZINEB Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

IT RECRU Accident

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

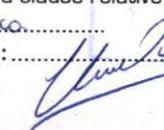
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 31/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

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
31/08/2023	S			<i>Dr Nadia BOUAFIA Gynécologue - Obstétricienne 152, Bd. Ba Hammad 0522 4097 40/44</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE OLYMPIA 55, Rue Sidi Maa Belvédère - Casablanca Tél: 0522 24 63 75</i>	31/08/2023	417,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION



مَسْجِد دَار السَّلَام
CLINIQUE DAR SALAM

31/08/2023
Casablanca, le

ne SEILKAT ZINEB

49,00

(1) DESIRETT



D

C

1

commercial

10,10 d l'acide



(2) Parantel 500mg



299,00

(3) Progynacere - all + 2 (1+1) 0



Si D+



مستعجلات URGENCES 24/24

(4) ~~Bénéfice n° quelle
16.60 ce que se~~



50.00

/ /

/

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118 000 280 361

Folifer n° 1



LOT 23021 PER 02/2026
PPV 50.00 DH



Dr. Nadia Brakhaie
Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Ben Youssef
05 22 4097 40/44

DESIRETT®

Désogestrel 75 µg

28 comprimés pelliculés

10

دِيزِيرِيت®

ديزوجستريل 75 µg

28 قرصاً مغلفاً

DESIRETT®

Désogestrel 75 µg

SAR

1 x 28 comprimés
Désogestrel 75 µg , sans oestrogènes

Voie orale

1x28

ALTHÉA

DESIRETT®
Désogestrel 75 µg

28 comprimés pelliculés

دِيزِيرِيت®

ديزوجستريل 75 µg

28 قرصاً مغلفاً



561135-01

Titulaire de l'AMM pays d'origine :
Velvian Germany GmbH
Carl-Zeiss-Ring 9,
85737 Ismaning,
Allemagne

Fabricant :
Laboratorios LEÓN FARMA, S.A.
C/La vallina s/n.
Polígono Industrial de Navatejera
24008 - Villaquilambre, León
Espagne

Titulaire de l'AMM au Maroc:
Bottu S.A
82, Allée des Casuarinas
Ain Sebaâ
B.P. -20580 Casablanca
S.Bachouchi-Pharmacien Responsable
Médicament autorisé N°: 154/15 DMP/21/NNP

342.3602.20467
01.1

PPV:
Per:
Lot:

LF28477A
10/2024
42 DH 00

Composition en substances actives :
Désogestrel micronisé..... 0,075 mg

Exipients à effet notable :
Lactose Monohydrate.

Forme Pharmaceutique et contenu :
Boîte de 28 comprimés pelliculés.

Mode et voie(s) d'administration :
Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

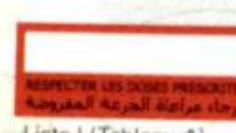
Mises en garde spéciales :

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Précautions particulières de conservation.

Conserver les plaquettes thermoformées dans l'emballage extérieur.

1x28



Liste I (Tableau A)

ديزيريت®
دروجيسيرال 0.075 ملء
28 قرص معلقا

المواد الفعالة:
يحتوي كل قرص معلق على 0.075 ملء من الديزيريت.
اسوعة ذات تأثير معنوم:
مونوهيدرات الألكتوز

الشكل:
عليه من 28 قرص معلق.

طريقةتناول الدواء:
يرجى قراءة نشرة الدواء بعناية قبل تناول الدواء عن طريق الفم.
تحذير خاص:
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

ظروف التخزين الخاصة:
يحفظ الشرط في العلبة الخارجية

بوري، ش.م.
82، مقر الكاريبيانس، عن السبع - الدار البيضاء
س.الميشوشى-صيدلى مسؤول