

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.



A78127

Déclaration de Maladie : N° S190051020

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11693 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouch Tousif Date de naissance : 29.01.75

Adresse : 12 Rue pétromax

Tél. : 06 99 32 50 34 Total des frais engagés : 1371.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



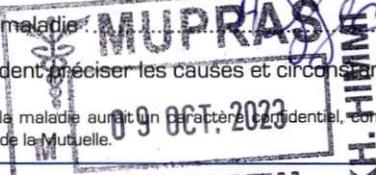
Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : Mechoui NAWAL Age : 43

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



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 : 09/10/2023 Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Miftah

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

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
5/10/23	Kw	Rox D, 2023	171.00	Dr. Nasse F2 Sénégalien de la Santé : 0911183

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMASSIRA BENNOUSSA Ouafao Docteur en Pharmacie 51, Rue Rahal Ben Ahmed Tel: 022.24.80.54 Fax: 022.24.85.44 INPE: 092007814	05/10/23	171.00

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	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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

G
E
R
L

Docteur Fatima Zohra Niane

الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Cœlioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien.

Laser Gynécologique.

05/10/2023

MME MESSAOUDI NAWAL

- N59
11
11
- Levamox 1 g/ 125 mg - comprimé effervescents
1 Comprimé, matin ,et soir, pendant , 6 jours
 - Doliprane 1 g - comprimé effervescent sécable
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 5 jours
- 191.60



LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMES
1000 mg EFFERVESCENTS

PPV 157DH60
LOT 2N0275
EXP 02/2025

PPV 14 DH 60
PER 11 / 25
LOT L 3782



PPV 14 DH 60

PER 11 / 25

LOT L 3782

PPV 14 DH 60

PER 11 / 25

LOT L 3782

PPV 14 DH 60

PER 11 / 25

LOT L 3782



Docteur Fatima Zohra Niane

الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien.

Laser Gynécologique.

05/10/2023

Facture

MME MESSAOUDI NAWAL

Acte	Honoraire
POSE STERILET	1 200,00 Dh
Total	1 200,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
mille deux cents dirham(s)

The stamp contains handwritten text in blue ink:

Dr. Zahra Niane
Gynécologue - Obstétricien
INPE, n° 1, Avenue 2 Mars, Casablanca
35, Avenue 2 Mars, 20100 Casablanca

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - Casablanca. Tél : Rdv 05 22 26 52 35 / 05 22 48 64 21

Analyses et Questions Watsup : 06 16 93 46 89 - nianefatima@gmail.com

Urgences : CLINIQUE LES CRETES - 528 Bd, Panoramique - 05 22 21 20 40

Dr.

3123

Khalid

113 33

Dr. Niane Fatima Zahra
Gynécologue - Accoucheur
35, Avenue 2 Mars - Casablanca
INPE : 091 115680

Distributed by PROMAMEC



IA
5:2016 Certified Company
e, Jogeshwari (E),
Lic. No. : MFG/MD/2020/000278

to ISO 7439:2015

Mfg. Date : 2022-05



TCu380A

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE

Sterile Copper T 380A

STERILE R



2460



Single Unit
"For Single Use Only"

UDI

(10) A1005-2022

(17) 290430

(01) 0 8906028 60001 2

Each T shaped IUD frame has $176 \pm 11\text{mg}$ of copper wire coiled around its vertical stem with a copper collar of approximately $68.7 \pm 3\text{mg}$ of copper on each of its transverse arms. The total copper surface area on the device is $380 \text{ mm}^2 \pm 23 \text{ mm}^2$.

Sterilization by Gamma Radiation.

WARNING : STERILE unless the Package is opened or damaged.

The IUD and its accessories must not be reused and must be destroyed after use.

ADMINISTRATION : The IUD should be inserted and removed only by / under the supervision / training of a Gynaecologist/Physician.

The IUD must be replaced within 10 years of its maximum life time in uterus from the date of insertion.

STORAGE : Store at 15°C to 30°C in a dry place away from direct sunlight, sources of heat, water and mechanical damage.

EC REP Obelis S.A. Boulevard Général Wahis 53, 1030 Brussels, Belgium.

Tel: (32) 2.732.59.54 • Fax : (32) 2.732.60.03 • E -mail : mail@obelis.net

OPEN

SMB

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE

TCu 380A

patient

card

Last Name and First Name:

Lot No.:

Date of insertion:

MODEL

380A

Date of appointment:

Date of withdrawal:



SMB Corporation of India

Unit I - 13,33-36, Prem Industrial Estate, Subhash Road, Jogeshwari (E), Mumbai - 400 060.

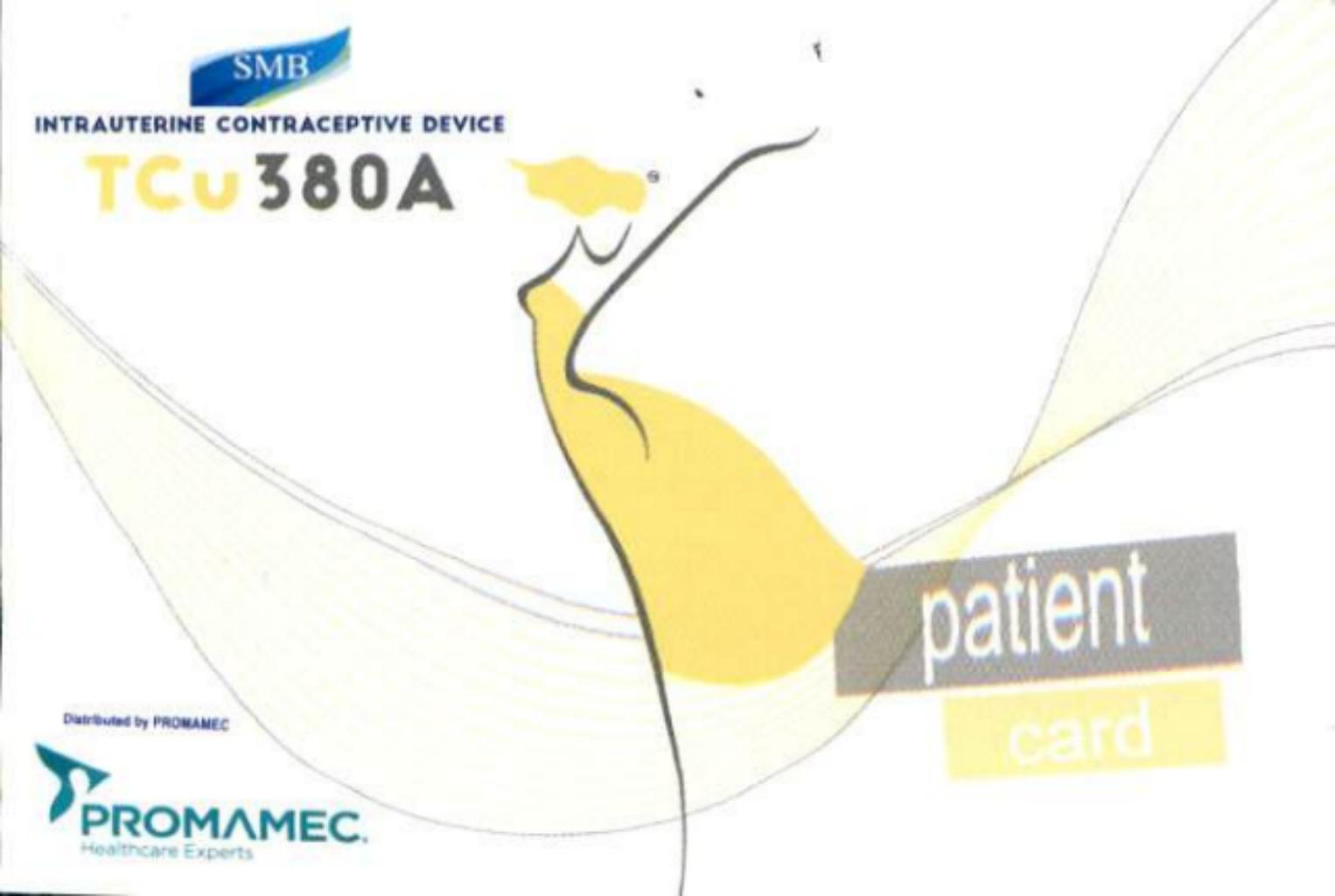
Unit II - Plot No. 156, GIDC, Umbergaon, Valsad, Gujarat - 396 170, INDIA.

Email: sales@smbcorp.com | Website: www.smbcorp.com

SMB

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE

TCu 380A



patient

card

Distributed by PROMAMEC

**PROMAMEC.**
Healthcare Experts