

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.

M22- 0032616

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10174

Société : la rame

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mirri mohamed

180327

Date de naissance :

Adresse : Mame mohamed aden al 22 tisir 1

Tél. : 06-69-33-41-08

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. RACHID Imane
Médecin Gén. - Echographie
- BERRECHID -
Tél. : 0522 32 47 26

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2023

Nom et prénom du malade : Mirri / Heba Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : /

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
20/10/23	Confort dentaire	gratuit		Dr. RACHID INGUE Médecin Dentiste Echographe Télé: 0522 47 26 Médéric Tel: 0522 53 31 88 CE: 00050881800024 - INPE: 0620570 77, Rue Ibn Nafis - 33180 Montauban

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMIN	20/10/23	150,50

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

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
		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 canalaire, 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	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXÉCUTION

Docteur RACHIDI Imane

Médecine Générale

Echographie Générale

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Montpellier - France



الدكتورة رشيدى إيمان

الطب العام

الشخص بالصدى

دبلوم من كلية الطب

مونبلي - فرنسا

Berrechid, le :

20-10-23

برشيد، في :

Miti
Hibé

120,00

Telephone

C.V.

2 - 30,00

MP1 []
Free style pen

120,00

MP1 []
C.V.

Dr. RACHIDI Imane
Médecin - Echopraphie
24 AMALIE YASMINE
Berrechid - Tel: 0522 53 31 88
11. Rue Ibn Nafis Hay Yassini
CE: 0005081800024 - INP: 06205740

554 ، شارع إدريس الحريزي الحسني - برشيد - الهاتف : 26 47 26 32 32 22 05

554 , Boulevard Idriss Lahrizi Hay El Hassani - Berrechid - Tél : 05 22 32 47 26

Son activité sur les Bactéries Gram (+) en indique l'usage en monothérapie dans les mycoses surinfectées.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI

Ovules à 150 mg :

1 ovule le soir au coucher à introduire profondément dans le vagin pendant 3 jours.

Il est parfois nécessaire en cas de mycose récidivante ou rebelle de prolonger le traitement à 6 jours.

Ovules à 100 mg :

Mycoses sévères : 1 ovule matin et soir pendant 3 jours.

Mycoses d'intensité moyenne : 1 ovule le soir au coucher pendant 6 jours.

Crème dermique :

En application locale biquotidienne sur les lésions, en massage doux jusqu'à pénétration complète.

CONTRE-INDICATIONS

- Rarement une hypersensibilité à l'un des composants
- Utilisation de préservatifs ou de diaphragmes en latex : risque de rupture

EFFETS SECONDAIRES

Rares sensations de brûlures, ou parfois prurit et rougeur de la peau.

Ces manifestations n'entraînent que rarement l'arrêt du traitement.

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE

Crème dermique :

- Acide sorbique
- Parahydroxybenzoate de méthyle sodé

Ceci est un médicament

Un médicament n'est pas un produit comme les autres

Il vous concerne, vous et votre santé

Le médicament est un produit actif

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger

Il ne faut jamais abuser des médicaments

FUNGILYSE®

Crème

RPU 30DH50
EXP 01/2026
LOT 2N021 3

iscent
ous le conseille votre médecin
avez besoin
n ordonnance ; suivez le traitement
pas de votre seule initiative
suivez ses conseils
icaments en quantité importante
dont vous avez besoin.

LA PORTEE DES ENFANTS.

TIQUES D'AFRIQUE DU NORD
Jedaya - Casablanca