

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.

197943

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1262	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BELBEIDA ABDALLAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0607888202 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. HORMAT Noureddine Médecine Générale Permis Condur Casablanca
Date de consultation :	15 MARS 2024
Nom et prénom du malade :	Bel Beida Abdellah
Lien de parenté :	Tuteur
Nature de la maladie :	+ gout + gout + gout + gout
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
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 05/03/2024

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 Honoraires
15-05-2015	U		200	INP : DI. HORN Médecin Agrée Perdu Médecin Agrée Nafia Maâlik 51 Rue Boughey 91250 Asnières 091075739

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
5682	05/12/2024	638,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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	INP : <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	G	
	H	25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	00000000	00000000																
		35533411	11433553																
	B	G																	
	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

Docteur HORMAT Noureddine

MEDECINE GENERALE

Echographie Générale

Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss
Angle (ex. Jura et Fauchilles)
Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 81 82

CPHARMA
JOBRANI
28, Rue 2 Lot. Sidi Mounia
Casablanca
Tél. 05 32 03 43

105 MARS 2024

الدكتور حرمات نور الدين

العام

بالصدى

ترخصة السباقية

ابن النفيس

دار البيضاء

05 22 25 81 82

الدار البيضاء، في Casablanca, le
Bolkeiste Steddele

105,20

Selcor HET16015/120

123,60 x 2

Precog 40 (2)

49,70

PHARMACIE JOBRANI
JOBRANI Laila
Docteur en Pharmacie
28, Rue 2 Lot. Sidi Mounia
Casablanca
Tél. 05 32 03 43

48,70

Sit Sit

28,80

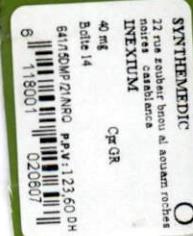
Videne

48,40 638,00

Ranitidine 20 mg 20 cp

Dr. HORMAT Nou
Médecine Gén
Médecin Agrée Permis
51, Rue Ibnou Nafiss Ma
Tél. 05 22 25 81 82

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.T.
Ain sebaâ Casablanca
Solvapred 20 mg 20 cp
P.P.V. 48,70 DH



185,20

يترك جيداً قبل الشرب.
لا تتركه في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة .
 يجب الحفاظ على المارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح .

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Gaviscon Advance, l'épee et le cercle sont des marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N° 08R1/2020 DMP/21/NRQd
PPV: 48 DH 40

BN ADV948
DOM 07/2022
EXP 07/2024

3122756

غافيسكون مزيل ملمس للشرب في قارورة
150 مل

التركيبة:
الجينات الصوديوم ----- 10 غ

بيكربونات البوتاسيوم ----- 2 غ

السوائلات: كل كيل جرعة واحدة من 00

قائمة المكونات ذات التأثير الملاحظ:

باردوكسيبتروات

المتيل و البروبيل.

دراعي الاستعمال:
يوفر غافيسكون

أنفلونز فعالية سريعة.

تكميم طبلاء، ضد حرقة

المعدة و ضد القيء.

طريقة الاستعمال:
عن طريق الفم.

ver ici.
s enlever.

e 150ml

DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافيسكون ادفانس

GAVISCON

ADVANCE

GOÛT ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

• Brûlures d'estomac & indigestion • حرقان المعدة وغضير الهضم

• Formule extra puissante • تركيبة بلورة اضافية

• Effet Longue Durée • تدوم طويلاً

نكهة البنفسنجون خالي من السكر