

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

- Reclamation : 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.

N° W19-471862

203322

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

810

Société :

Autre :

Veille Pensionnée

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

ADOUHAY

MAMA

Date de naissance :

30/10/1965

Adresse :

HAY My Abdellah Rue 189 NR 14

...Casablanca

0666 926326

Total des frais engagés : 23,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/07/2014

Nom et prénom du malade :

HAMA ADOUHAY

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION ORL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/04/2014 | | 0.2 | 300 DA | INP : 1113294662 Signature : Mohamed Signature : Faciale Signature : 15 et Bd. Hassan II Signature : 33ablanca Signature : 05 10 88 0 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|--|
| <p>PHARMACIE MAJORElle opérative Sofaca 1, N° 14 Quelid Taleb, Caktarne Bianca - Tel. : 05 22 50 81 42</p> <p>000041052</p> | 23/8/00 | Dr. 4010 Spécialiste Angélique Ref. 000041052 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 | INP : <input type="text"/> |
|--------------------------|---|--|-------------|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| ODOF PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | D | B | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca



Thermo-ablation thyroïdienne
علاج الغدة الدرقية بالتردد الحراري

Casablanca le :

23 Avril 2024

الدار البيضاء في:

طبيب سابق بمستشفى 20
غشت الدار البيضاء

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوختة
- علاج الشخير
- المسماية
- الجراحة بالمنظار

23,80

MAMA ADOUHAY

TOPSYNE GEL

1 app x 2 /jour pdt 1 semaine

puis

1 app le soir
لما زلت

S.V
Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haïfa
Ain Chock - Casablanca
tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35

PHARMACIE MAJORELLE
Coopérative Sofaca I, N° 14
Quartier Taleb, Californie
Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42



Gel dermique 30 g



FLUOCINONIDE

GEL
TOPSYNE

TOPSYNE GEL
FLUOCINONIDE

23,80

ACV0100053-08

Indications

Touxes dermatoses inflammatoires, allergiques de la peau et

du cuir chevelu et notamment le psoriasis, les parakératoses,

les eczémas.

Posologie

(voie dermique)

Salon, prescription médicale. En général, 2 applications par jour.

Précaution d'emploi

En cas d'infection sur-jacente, une thérapie antibactérienne

ou antifongique locale complémentaire s'impose.

الطبليات
الإمراض - الملكية المائية والمسائية والمملكة (الإمارات)
الإمراض - الملكية الشديدة (الإمارات)
الإسعف - الملكية (الإمارات)

مرتيلان في الموج، حسب ارشادات الطبيب

نهر تردن قد يستوجب علاج اموضعاً يضاد حموي أو مضاد للجراثيم.

C91457-08

En cas d'application de la lotion

6

1180001120469

Gel dermique, flacon de 30g

TOPSYNE

NE PAS AVALER

138x37x25 mm

Composition

25 mg

Fluocinonide

Excipients q.s.p

100 g

Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et fabricant : Polymedic
Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable
AMM N° 1880 S.G./42

à conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.
A conserver à l'abri de l'humidité et de
la lumière, hors de la portée et de la vue
des enfants.

بعدن في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.
بعدن عن مجرى ومتداول الأطفال

90

Liste I