

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12402

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FERTAT Amina

Date de naissance :

10/05/1984

Adresse :

Res. Marjana, Bd Zamama 1 Im. B Apt 8,  
Californie CASABLANCA

Tél. :

06 66 76 38 24

Total des frais engagés :

453,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/01/19

Nom et prénom du malade :

Ame Fertat Amina

Age :

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

GROSSEUR

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 :

CASA

Le : 07/10/19

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
15/08/16	3		Boo dy	103.125 GSM 103.125 Cachet de la Chambre des Médecins de Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARIJ SARL AU Route 1029 Oued Said - California Tél : 05 22 21 90 07 - Casablanca n° : 361421	19/08/16	195.30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	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'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H	25533412	21433562
		D	00000000	00000000
		B	35533411	11433553
		G		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				<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 Latifa Bendaoud El Haouati

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Chirurgie Gynécologique - Stérilité  
Echographie - Endoscopie

الدكتورة لطيفة بنداود الحواتي

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة  
جراحة النساء والعمق  
الفحص بالصدى

Casablanca, le ..... 13/8/13

مع فحص آمن

157.  $\frac{1}{2}$  ~~headache~~ leg  $\downarrow \times 3$    
 $38.3^{\circ}$  ~~polyuria~~  ~~deco~~  
Total 195.30

PHARMACIE ARIJ  
SARL AV  
Route 1629 Ouled Said - Californie  
Tel: 05.22.21.90.07 - Casablanca  
RC : 251121

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, 2ème étage N°11 - Casablanca  
Tél.: 05 22 83 74 12 - G.S.M.: 06 61 13 62 66

*En cas d'urgence:*

Clinique Al Oumouma: 17, Lot. Bagatelle, Boulevard Taddart - Casablanca  
Tél.: 05 22 82 06 06 (4L.G.) - Fax: 05 22 82 36 58



### **3. COMMENT UTILISER UN MOVI**

### **Posologie**

RESERVE A L'AG

#### Une capsule à me

## Mode et voie d'acquisition

#### **Mode et voie**

Mettre de préférence 38,30 on la plus facile de procéder est de vous allonger sur le dos, les genoux repliés et écartés.

#### Conseils pratiques :

- afin de ne pas contaminer votre entourage, utiliser votre propre linge de toilette (gant, serviette),
  - porter des sous-vêtements en coton,
  - éviter les douches vaginales,
  - éviter de porter des tampons internes pendant le traitement,
  - ne pas interrompre le traitement pendant les règles,
  - votre médecin pourra traiter également votre partenaire sexuel, afin d'éviter qu'il ne vous recontamine.

Si vous avez utilisé plus de POLYGYNAX, capsule vaginale que vous n'auriez dû :

Une administration excessive et prolongée pourra entraîner des effets systémiques (auditifs et rénaux) notamment chez les insuffisants rénaux. Un emploi prolongé expose également à un risque accru d'eczéma allergique.

POLYG

## **Neomycin sulfate, Polym**

**Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it contains important information for you.**

\* Know this Inflat. You may need to read it again.