

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.



178127

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 : Braouh Imad Date de naissance : 29.01.75
 Adresse : 12 Rue Perronne
 Tél : 06 99 32 50 34 Total des frais engagés : 1371.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 09/10/2023
 Nom et prénom du malade : Braouh Imad Age : 43
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection gynécologique
 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 Le : 09/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 


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.

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

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/02/20 | KV | 1 | 171.50 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 05/10/20 | 171.50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

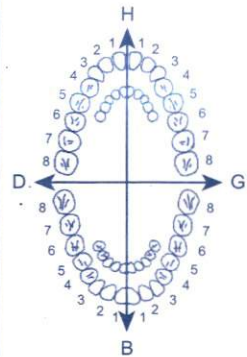
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

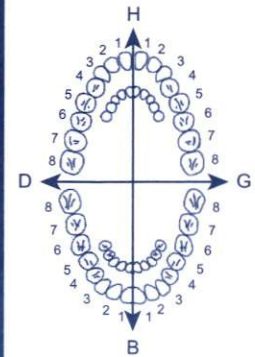
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

| | |
|--|--|
| | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

MME MESSAOUDI NAWAL

157

- Levamox 1 g / 125 mg - comprimé effervescent
1 Comprimé, matin, et soir, pendant, 6 jours

14

- Doliprane 1 g - comprimé effervescent sécable
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 5 jours

171.50



Dr. Niane Fatima Zohra
Gynécologue - Accoucheur
Avenue 2 Mars - 20800 Casablanca
NPE: 09 11 156 88

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

LEVAMOX[®] 1g 16 COMPRIMÉS EFFÉVÉSSENTS

PPV 157DH00
LOT 2N027 5
EXP 02/2025

PPV 14DH 60
PER 11/25
LOT L3782





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

POSE STERILET


Total

Honoraire

1 200,00 Dh

1 200,00 Dh

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


Dr. Niane Fatima Zahra
Gynécologue - Obstétricien
35 Avenue 2 Mars - 20 000 Casablanca
INPE : 09 1 1 550 7

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.

5/11/23

Richard

5/11/23

Dr. Niane Fatima Zahra
Gynécologue - Accoucheur
35, Avenue 2 Mars - 27000 Casablanca
INPE : 0911 55689

Distributed by PROMAMEC



TCu 380A

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE

Sterile Copper T 380A

STERILE R

CE
2460



Single Unit
"For Single Use Only"



(01) 0 8906028 60001 2

(17) 290430

(10) A1005-2022

UDI

Each T shaped IUD frame has 176 ± 11 mg of copper wire coiled around its vertical stem with a copper collar of approximately 68.7 ± 3 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

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

to ISO 7439:2015

Mfg. Date : 2022-05

Insert Before Date : 2029-04

3 4 5 6 7 8 9

QA/L/01/Promamec

Centimeter Scale

OPEN

SMB

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE

TCu 380A

patient

card

Last Name and First Name: *D. Mansuli Vamshi*

Lot No.:

Date of appointment:

Date of insertion: *5/12/13*

Date of withdrawal: *5/10/33*

MODEL

d 380A



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@smbcorpn.com | Website: www.smbcorpn.com

Dr. Arima Zahra
Accouchery
20490, Sasabancia
11111
INP
35, Avenue
Dr. Gyhe

Rev. 01, Dated 14.05.2021 QAPC/01/A



SMB

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE

TCu 380A



patient

card

Distributed by PROMAMEC



PROMAMEC.
Healthcare Experts