

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-442543

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12632	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOSLEH SALMA			
Date de naissance : 02 - 12 - 88			
Adresse : LA PERLE DE NOUACER 2 IMM 6 APP 10 CASABLANCA			
Tél. : 0669051483	Total des frais engagés : 602.00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr Ghali LEBBAR <i>Cynécologie Obstétrique</i> <i>38 Bd Bir Anzarane Maârif -Casablanca</i> <i>Tél : 0522 25 35 31 / 39</i>			
Date de consultation : 29/10/19			
Nom et prénom du malade : MOSLEH SALMA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : **CRSP** Le : **03/10/19**
Signature de l'adhérent(e) : **Accident gynécomam**

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
29.07.19	O2		300,-	INP : 0910930412 Dr Ghali LEBBAR Gynécologie Obstétrique 34 Bir Anzraane Maamii Casablanca 02 25 35 31 139

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABU NACIR 253 Avenue Haï El Badr Tunis	12/02/2019 29/02/2019	302,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDE.

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"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
				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 Ghali LEBBAR

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens
 Chirurgie conventionnelle et cœlioscopique
 Cœlioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins
 STÉRILITÉ DU COUPLE
 Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

الدكتور الغالي للبار

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد
 خريج كلية الطب بباريس و ألمانيا (فرنسا)
 جراحة الجهاز التناسلي و الجراحة بالمنظار
 أمراض الثدي
 أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le 29/07/19

Mme MOULÉH Dama.

57,50 x 2

1) DIFLUCAN

- gel 150

1 flacon | 29/07
| 03/08



2) DERMOFIX

- cream

(ou)

MYCOSTER

1 Appl. 3 fois/j (05.)

PHARMACIE AVNUF NACIRI
253 Avenue Birzane - Casablanca
Télé: 0522 253539 | 0522 253542
Fax: 0522 253539 | 0522 253542
Site: www.avnufnaciri.com
Email: info@avnufnaciri.com
Jour: 22 ou 20 zizi

3)

FUCIDINE
- cream

(SEPCEN 0750)

1 - 0 - 1



4)

REPADINA.

10ml | Semaine

+ DINARA | SAFORELLA



- cream
1 Application/jour.

العيادة: إقامة النور، شارع بيرانزاران • الدار البيضاء

Cabinet : Rés. Ennour - 38 Bd. Biranzarane - Maârif

5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca

الفاكس : 05 22 25 35 39 • الهاتف : 05 22 25 35 31 / 39 • Fax : 05 22 25 35 39

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie-Obstétrique

38, Bd. Biranzarane Maârif - Casablanca

Tél: 0522 25 35 31 / 39

في حالة استعجال

En cas d'urgence

5)
= =

ELLAONE

1.


Dr Ghali LEBBAR
Gynécologie-Obstétrique
38, Bd Bir Zekra et l'Avenir - Casablanca
Tél: 0522 25 35 31 / 39



EXP :

LOT :

La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conservé

PPC = 80,00 DH

Promoplus Pharma

Repadina®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 ovules vaginaux

Indications: traitement adjvant des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en oestrogène.

Mode d'emploi et précautions: lire la notice contenue dans la boîte.

Présentation: 10 ovules vaginaux de 2 g

DISPOSITIF MEDICAL 0373

Autorisation DMP N° 2630/258/2015/DMP/20/DM



Fabricant: FARMA-DERMA s.r.l.

Via dell'Artigiano 6-8 – 40010 Sala Bolognese (BO) – ITALIE (ITALY)

Distributeur: PROMOPLUS PHARMA

Hay Raja 2 N°100 – BP 401, Had Soualem, MAROC

6 118002 080037

AINARA

gel hydratant vaginal

30g

Ainara est un **gel hydratant mucoadhésif utilisé pour soulager des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale, sécheresse vaginale et l'inconfort associés**, qui peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement, la ménopause ou résultant de l'irritation physique, chimique ou altération de la flore vaginale normale ou associés à l'utilisation des contraceptifs oraux ou autres médicaments.

Ainara présente une bonne tolérance vaginale.

INGREDIENTS : Glycérol (E422), polycarbophil, carbopol, parahydroxybenzoate de méthyl, sel de sodium (E219), parahydroxybenzoate de propyl, sel de sodium (E217), hydroxyde de sodium, acide chlorhydrique, eau purifiée. Sans parfum.

MODE D'EMPLOI : Laver les mains avant et après l'utilisation. Ainara est appliqué à l'intérieur du vagin à l'aide d'un applicateur, préalablement rempli avec 1 g de gel.

Il est recommandé une application de Ainara 2 fois par semaine.

Il peut être utilisé quotidiennement en cas de besoin, jusqu'à 12 semaines.

Si les symptômes persistent consultez votre médecin.

CE 0318

Fabricant :  **ITALFARMACO S.A.**

C/ San Rafael 3 28108 Alcobendas (Madrid)

Lot : 711
2020-03

PPC : 97,00 Dhs



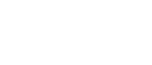
DIFLUCAN®
150 mg
1 GÉLULE

دِفُلُوكَان®
150 mg

فلوكونازول



٣٧,٥٠



DIFLUCAN®

150 mg FLUCONAZOLE

UT. AV. :

P.P.V. :

LOT N° :

09366020/6



DIFLUCAN®
150 mg
1 GÉLULE

دِفُلُوكَان®
150 mg

فلوكونازول



٣٧,٥٠



DIFLUCAN®
150 mg FLUCONAZOLE

UT. AV. :

P.P.V. :

LOT N° :

09366020/6