

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

5672

23511

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015372

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672

Société : R.A.D

Actif

Pensionné(e)

Autre :

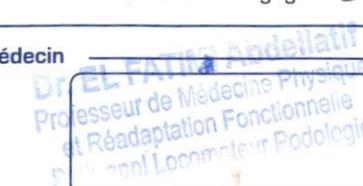
Nom & Prénom : EL SAIFI TOUSSA Date de naissance : 10-12-1957

Adresse : 231 30 YACOUB EL MANSOUR

Tél. : 0661321137 Total des frais engagés : 296 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/12/19

Nom et prénom du malade : Mme EL SAIFI TOUSSA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lamboasciatalgies

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 :

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
17-19-20/05/2018	CS	300,00		 INP: 091037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'OLIVIER - GENEVE Tél. 022 36 75 51	17/12/13	296,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 17-12-19

Mr/Mme EL SAFI Tania

26/800
1/1

Arcoxia 30 mg:



28/800

1/1x10j

29 Nodol codeine:



1x3(1x10j)

23, BD YOUSSEF EL MANSOUR - Casablanca
Mme LAMHASSI TABBARA Lalla
PHARMACIE DEY'ORIENT
SOCIÉTÉ ALIMETTI

Cachet du médecin



**Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
بتو صفة طبية فقط - قائمة 1

6 118001 160051

3881
AMM 453 / 16DMP / 2 / NTO
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 268,00 DH
14 comprimés
Arcoxia 90 mg
120916-1

/ صاحب رخصة التسويق/ Marketing Autorisation Holder:
 **MSD**

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
The Netherlands

Fabricant/ الصانع/ Manufacturer:
Frosst Iberica, S.A.,
Via Complutense, 140
288805 Alcala de Henares
Madrid, Espagne

ARCOXIA® 90 mg

Etoricoxib

اركوكسيا®
أيتوريكوكسيب 90 ملг

Each film-coated tablet contains 90 mg etoricoxib
Excipients with known effect: lactose monohydrate.
See leaflet for more information.

Oral use

Keep out of the sight and reach of children.

Read the package leaflet before use.

Store in original package in order to protect from moisture.

Medicinal product subject to medical prescription.

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

٥٠٠ مليون /

كوديبين فوسفات نصف مسب 30 مل

07

No-Dol Codéine 500/30mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يصرُّ فَقْطُ يَعْوِجُبُ وَصَفَّةُ عَلَيْهِ - لَا نَحْنُ

NO - DOL CODE
CP B20

P.P.V : 280



1

FEH 2014

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUR, Pharmacien

Naphar, Km 10, Route
n Sehāñ (Sehāñca)

