

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-488491

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1168 Société : 26742

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMENAI RACHIDA

Date de naissance :

Adresse : 11 B Rue Souk Chouk de l'air NOUAKHOTT

Tél. : 06.62.70.3593 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/2/2020

Nom et prénom du malade : BOUMENAI RACHIDA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA EL HAÏK FOUAD PHARMACIEN 46, Centre Commercial Derooua 0522 53 21 70 / 0522 53 25 70 PHARMACIEN EL DEROUA	15/02/2020	7800
	16/02/2020	8110

[illegible]

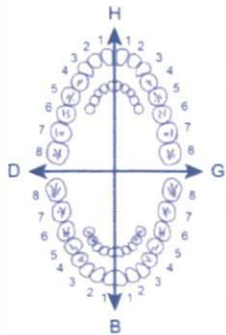
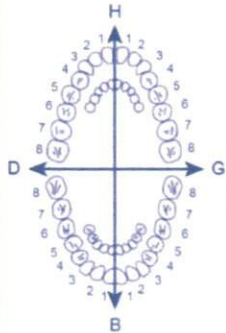
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPC: 49.00 DH
CB00056
EXP: 09/2020

DU MAROC
de la santé
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de l'Enseignement Technique

PPC: 49.00 DH
CB00056
EXP: 09/2020

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية إقليم النواصر

ORDONNANCE

CACHET DU MEDECIN

A le 24/12/2020.

Mme BOUMETHI RACHIDA

49.00
98.00

Berocca =

cp levalin
x 1 mois.

S.V.
PHARMACIE DEROUA
EL HAÏK FOUAD
PHARMACIEN
46 : Centre Commercial Deroua
Tel : 0322 53 21 77 / Fax : 0322 53 25 16

[Signature]





intétrix®

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION :

INTETRIX, gélule

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

TILQUINOL 50 mg

TILQUINOL (Laurylsulfate de) 50 mg

TILBROQUINOL 200 mg

Excipients : lactose monohydraté, amidon

LOT : 8MA077
PER : 05 2021

INTETRIX GELULE NF
B20

P.P.V. : 33DH90



6 118000 010852

Pour une gélule*

* Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane (E171), azorubine (E122), indigotine (E132).

FORME PHARMACEUTIQUE :

Gélule, boîte de 20 ou 40.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTI-PROTOZAIRE

(P : Antiparasitaires).

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement de l'amibiase intestinale de l'adulte.

3. ATTENTION !

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir votre médecin en cas d'insuffisance hépatique. En cas de jaunisse sous traitement, arrêter le traitement.

Certains médicaments ne doivent pas être associés (hydroxyquinoléines).

Signalez à votre médecin tout traitement en cours.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse.



صيدلية الدروة PHARMACIE DEROUA

EL HAIK Fouad

PHARMACIEN

Deroua Nouaceur R. P. 7
entre Médiouna et Berrechid

Tél. : _____

الحايك فؤاد

صيدلي

الدروة النواصر ط ر 7

بين مديونة و برشيد

الهاتف : _____

Deroua, le _____

الدروة في

M *El Bouchel* السيد

Quantité	DESINATION	P. U.	TOTAL
102	Inletex pl	3090	3090
02	Mylis 500	2720	2720
<p>ASPEGIC 500MG SACHETS B20 P.P.V : 270420</p> <p>LOT : 8MA068 PER : 08 2020 118000 061090</p>			6110
<p>PHARMACIE DEROUA EL HAIK FOUAD PHARMACIEN 46 Centre Commercial Deroua Tél : 0522 50 21 77 / Fax : 0522 50 25 70</p>			