

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

tions 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.

Biologie 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.

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.

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.

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

44417
RA

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015577

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 30145 Société : RATY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELLAHZAIDI

Date de naissance : 13/12/81

Adresse :

Tél. : 0662 76 1493 Total des frais engagés : 329,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/08/2020

Nom et prénom du malade : YAKINI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Agen... 17303

Enfant

Nature de la maladie : Maladie VASCULAIRE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

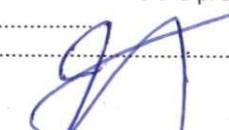
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Deroua

Le : 24/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : SAAD



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la Reliement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/08/2020 | C | — | #130 + 0. # Dr. S. M. D. | Dr. S. M. D. Médecin Généraliste B9 N°2 Jnac Deroua DEROUA TEL: 05 22 51 46 49 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ELQOODS DR. OTHMAN MENIAR Assessment Al Hamd N°9 Deroua Tél: 0520 040 412 | 24/08/2020 | 1105199,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |
|---------------------------|--|--------------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 | |
| | G | |
| | B | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | DATE DU DEVIS |
|--|--|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | DATE DE L'EXECUTION |
|--|--|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanaa MHARZI

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine et Pharmacie de Casablanca

Diplôme Universitaire en Diabétologie

Diplôme Universitaire de Nutrition et Thérapeutiques Métaboliques

Suivi de Grossesse

Echographie

عن طريق المهلب

N° AMM :
243/16 DMP/21/NRQ

LOT : 08119015

PER : 09/2021

PPU : 38,00 DH

MYCODERME® 150 mg

3 ovules

علبة من 3 بويضات

عن طريق المهلب

N° AMM :

243/16 DMP/21/NRQ

LOT : 08119015

PER : 09/2021

PPU : 38,00 DH

MYCODERME® 150 mg

3 ovules

6118000230168

الشخص

Date : 24/08/22

Mme YAKINI ATIKA

₾ 38,00 ١٩

Mycoderne Ovule,

١ Ovule l/j le soir p't ٥ جours

PHARMACIE EL QODS
DR. OTMAN MELLAL
Lotissement Al Hamra N° 2 Deroua
Tel: 0522 040 412

₾ 55,00 ٦٢

Tégamé Crème

١ App. x 2 l- p't ٥ جours

₾ 18,00 ٣٩ Septiderm (٦٠) frilette Intime

Dr. Sanaa MHARZI

Médecin Généraliste

Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saada

DEROUA - Tel: 05 22 51 46 49

عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة - الهاتف : 05 22 51 46 49
Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua - Tél.: 05 22 51 46 49



1%
Vaseline

15g

Crème



TERBINAFINE
TEGUMA®

25°C حفظ في درجة حرارة الغرفة
ج10°C حفظ في درجة حرارة الغرفة

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants
Se conformer à la prescription médicale
Eviter tout contact avec les yeux
Ne pas avaler
Vaseline

تحفظ على درجة حرارة
ال建議溫度上於藥物

PESECTR LES DOSES PRESCRITES
ZUSAMMENSETZUNG DER APOTHEKE

Tableau C (liste III)

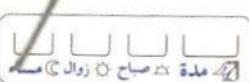
1%
غير الجلد

تيكوما®
تربينافين

تربينافين

مرهم

15 غ



COMPOSITION :

Terbinafine (DCI) chlorhydrate.....150 mg

Excipients : q.s.p.....15 g

Excipient à effet notoire : Propylène glycol, alcool cétostéarylique

COOPER
PHARMA

TEGUMA®1%
Crème 15 g

6118001101061

COOPER
PHARMA

41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca

Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

Fabriqué par : Cooper pharma

6000-101-22
PER : 45 APRIL 2000
LOT : 01-22