

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.

N° W21-763671

172635

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 591

Société :

RAM

Jeune NAOUI Ahmed

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YALLOU Aicha

Date de naissance :

Adresse : N° 53 Bd Mekhili Sidi Bel Abbès Boulogne

.....

Tél. : 06 14 50 263

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS

ACCIDENT

21/08/2023

Dr. Omar MAAROUF
Médecine Générale - Urgences
Echographie Générale
06 61 49 12 12
E-mail: dr.o.maarouf@gmail.com

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

Enfant

infection urinaire

Age :

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 :

21/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

.....

Le : 21/08/2023

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21/08 2023	cy		6000 dh	INP : 1011204316 Dr. Omar MAAROUF Médecine Générale - Urgences Echographie Générale 06 61 49 12 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

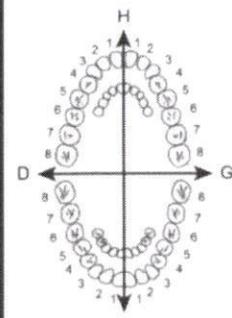
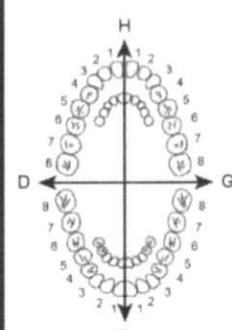
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D <input type="text"/> G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	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



SOS Médecins Maroc
MEDECINS D'URGENCE
MULTI-SERVICES 24H/24



A: Casablanca Le: 21/08/2023

Mme Yallow Aicha

30/08/2023 11 Pragel 200

1 gel x 03 f
le matin à jeun

17/08/2023 21 Ofiben 200

1cp x 02 f x 08 f
matin et soir après repas

29/08/2023 31 Lithiumox 500

1cp x 03 f
après déjeuner

PHARMACIE NICE
1 AV. N° 9, Béridine Boucraa
T. 05 22 94 93 39
R. N° 3, Bourgogne
Casablanca
Tél. 05 22 94 93 39

41 Doliprane 1g cp

02/09/2023 20cp toutes les 06 h mi T 738°C

06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

email: contact@sosmedecinsmaroc.ma - www.sosmedecinsmaroc.ma

5/ Alvitetyl cp

02 eff le mardin x 10g

Dr. Omar MAAROUF

Médecine Générale - Urgences

Echographie Générale

06 61 49 12 12

E-mail: dr.oma.maarouf@gmail.com



A: Casablanca Le: 21/08/2023

NOTE D'HONORAIRE

Facture détaillée :

Consultation : medicale à domicile.

Injection + Consommable :

Oxygène + Nébulisation :

ECG :

Echographie :

Total : 600 DH

SOS MEDECINS vous souhaite un bon rétablissement

A.M Yallou Archa

Et vous adresse selon l'usage, sa note d'honoraire soit la somme de

600 Dr. Omar MAAROUF
Medecin d'Urgence
Echographie Générale
06 61 49 12 12
maarouf66@gmail.com

DH

06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

email: contact@sosmedecinsmaroc.ma - www.sosmedecinsmaroc.ma

<p>1. Nombre y Apellido: <u>ROBERTO ALBERTO GARCIA</u></p> <p>2. Edad: <u>30</u></p> <p>3. Sexo: <u>M</u></p> <p>4. Estado Civil: <u>Soltero</u></p> <p>5. Relación: <u>Padre</u></p> <p>6. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>7. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>8. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>9. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>10. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>11. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>12. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>13. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>14. Relación: <u>Padre</u></p> <p>15. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>16. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>17. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>18. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>19. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>20. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>21. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>22. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>23. Relación: <u>Padre</u></p> <p>24. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>25. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>26. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>27. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>28. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>29. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>30. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>31. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>32. Relación: <u>Padre</u></p> <p>33. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>34. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>35. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>36. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>37. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>38. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>39. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>40. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>41. Relación: <u>Padre</u></p> <p>42. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>43. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>44. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>45. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>46. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>47. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>48. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>49. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>50. Relación: <u>Padre</u></p> <p>51. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>52. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>53. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>54. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>55. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>56. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>57. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>58. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>59. Relación: <u>Padre</u></p> <p>60. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>61. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>62. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>63. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>64. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>65. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>66. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>67. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>68. Relación: <u>Padre</u></p> <p>69. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>70. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>71. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>72. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>73. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>74. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>75. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>76. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>77. Relación: <u>Padre</u></p> <p>78. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>79. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>80. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>81. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>82. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>83. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>84. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>85. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>86. Relación: <u>Padre</u></p> <p>87. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>88. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>89. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>90. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>91. Teléfono: <u>02944 456789</u></p> <p>92. Fecha de Nacimiento: <u>15/06/1983</u></p> <p>93. Sexo de la persona: <u>M</u></p> <p>94. Edad de la persona: <u>30</u></p> <p>95. Relación: <u>Padre</u></p> <p>96. Profesión: <u>Estudiante</u></p> <p>97. Estado: <u>Chubut</u></p> <p>98. Municipio: <u>Rawson</u></p> <p>99. Dirección: <u>Av. 1000 1000</u></p> <p>100. Teléfono: <u>02944 456789</u></p>	
---	--

PPV: 30DH00
PER: 06/25
LOT: M218-1



Ofiken® 200 mg
Cétixime

16 Comprimés pelliculés

230621 02 15
EXP 10.00 DH
PPV



Pr

... indésirables devraient être signalés, cela pourra...
dans cette notice, parlez-en à votre

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient de l'oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à proton. Cet inhibiteur empêche la sécrétion d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

- Maladie ulcéruse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

