

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8806

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TASSI

medmed

Date de naissance : 18/01/1967

18/01

Adresse :

Tél. : 0661421166

Total des frais engagés : 1000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Age :

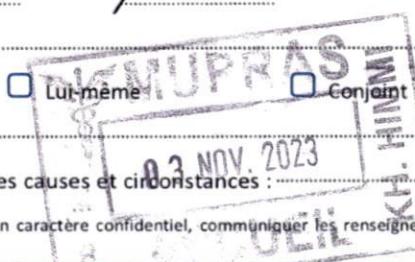
Nom et prénom du malade :

Conjoint

Lien de parenté :

Enfant

Nature de la maladie :



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 décide d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

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
.....	INP : 
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARMA Dr. Rachid Sidi Moulouen Route 36, Sidi Moulouen 02 70 02 84 - CHABLANCA	INPE 09204961 22/09/22	145,60
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

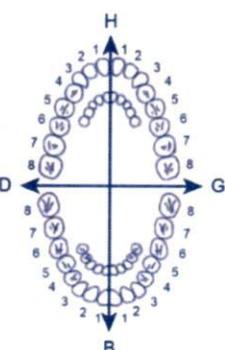
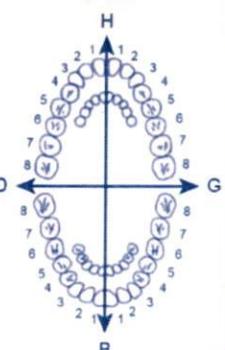
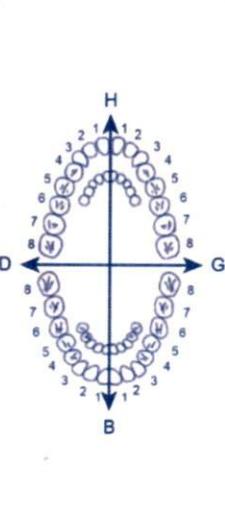
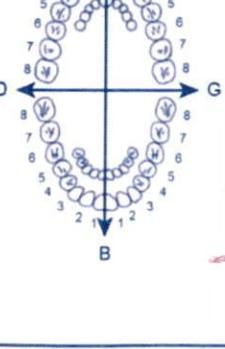
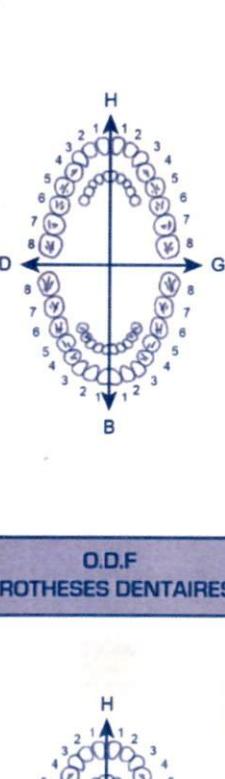
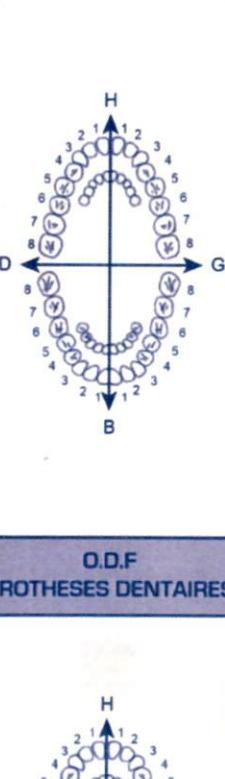
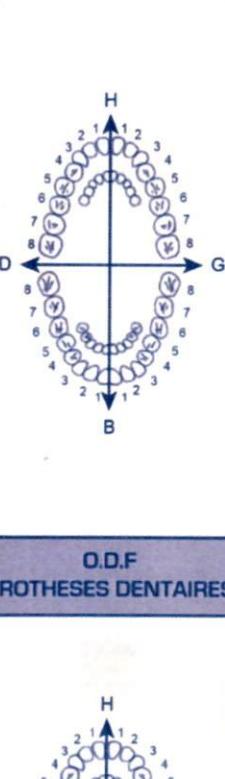
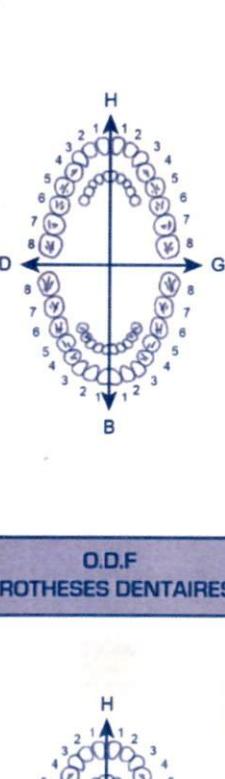
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....
.....
.....
.....

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
	<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
	<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr Nadil Mohamed Amine

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Ancien Enseignant à l'Institut Européen des Sciences de la Santé



Ancien Médecin du CHU Henri Mondor de Paris
Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômé en Arthroscopie et en Microchirurgie à Paris
Diplômé en Chirurgie du Rachis à Strasbourg
Diplômé en Rhumatologie Interventionnelle à Strasbourg
Diplômé en Médecine de Sport à Strasbourg
Diplômé en Echographie à l'Hôpital Militaire de Rabat

الدكتور ناديل محمد أمين

اختصاصي في طب وجراحة العظام والمفاصل

أستاذ سابق بالمعهد الأوروبي لعلوم الصحة

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي هنري منضور بباريس

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدارالبيضاء

دبلوم في الجراحة المجهريّة وبالمنظار بباريس

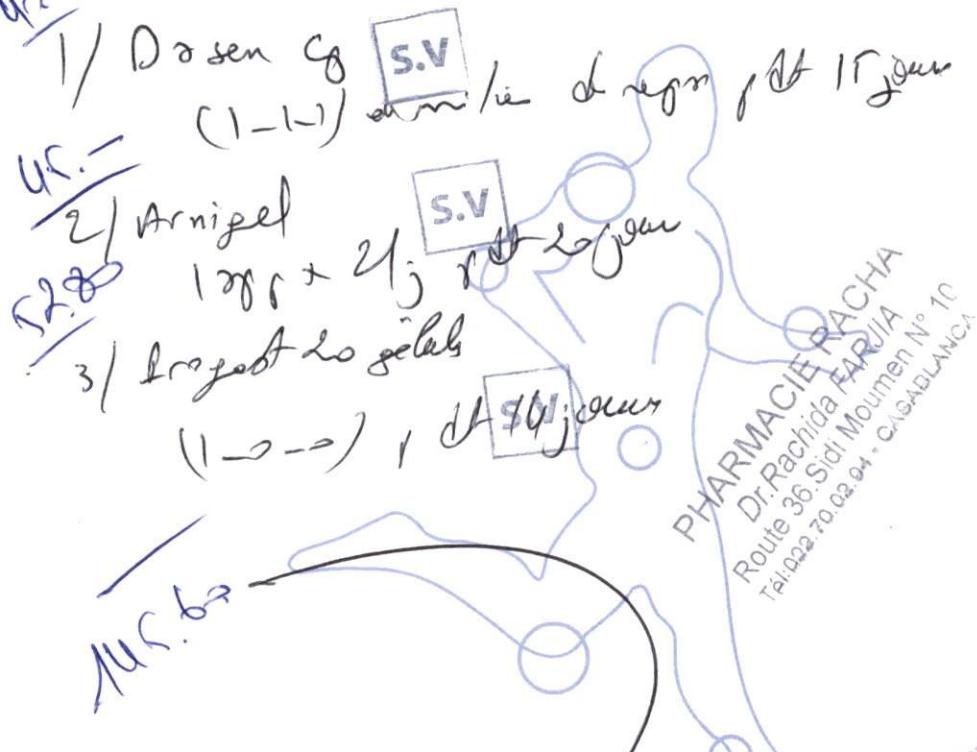
دبلوم في جراحة الممود الفقرى بستراسبورغ

دبلوم في الطب الرياضي بستراسبورغ

دبلوم في الفحص بالصدى بالمستشفى الجامعي العسكري بالرباط

428 ZAOUI Mohamed

Casablanca, le : 22 SEP. 2022



PHARMACIE RACHA
Dr.Rachida FARJALA
Route 36 Sidi Moumen N° 10
Tél:022 70.02.94 - CASABLANCA

1، شارع محمد البقالي تجزئة جوهرة، (جزء - D) الطابق الأول (قرب مركز الشرطة) - الدارالبيضاء

Adresse : 1, Bd. Mohamed Bekkali, Lotissement Jawhara, lot D, 1er Etage (près du poste de police) - Casablanca

E-mail : draminenadil@gmail.com - Urgences : 06 57 08 38 28 - Tél. : 05 22 70 10 07 - البريد الإلكتروني :

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé

COMPOSITION QUALITATIVE

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de magne, cellulose, jaune orangé S (E11)

Pour un comprimé enrobé gas

*1 unité correspond au nombre en 1 minute à partir de 1 mg de

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant,

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antiœdémateuse et fluidifiant

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

PPV :

EXP :

Lot N° :

47180

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

Expitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou Al aouam. Roches Noires -

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats. Il est également utilisable dans les

PROGAST 20 mg

Oméprazole

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Oméprazole (DCI) 20 mg
Excipients : Saccharose/Amidon de maïs, Mannitol, Carboxyméthylamidon sodique, Laurylsulfate de sodium, Povidone, Hypromellose, Phtalate de hypromellose, Huile de Soja et Talc. qsp 1 gélule

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants
- Boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

- Antiulcéreux.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Les indications thérapeutiques de la spécialité pharmaceutique PROGAST 20 mg Microgranules gastrorésistants en gélule, seront limitées à :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastrroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- œsophagite érosive ou ulcéратive symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- - Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastrroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastrroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

antécédents

est indispen

Enfant de p

• œsophagite

• Traitement

gastro-œsop

COMMENT

• Maladie ulc

Selon le cas

- 1 gélule de P

Cette trithérap

semaines supplé

- 1 gélule de Prog

• œsophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 4 à

• Traitement des lésions gastrroduodénales indu

stéroïdiens :

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 4 à

• Traitement préventif des lésions gastrroduodén

toires non stéroïdiens :

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour.

PPV : 52DH80

PER : 03/24

LOT : K2832-5



PROGAST® 20 mg
OMÉPRAZOLE

14 gélules



6 118000 210061

