

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.

M22- 0053186

190138

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1003 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAAADIAR ABDELLOUACHEZ

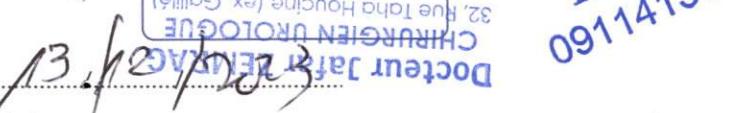
Date de naissance : 19 Janvier 1950

Adresse : 235 Bd YACOUB ET MANSOUR Roudoude

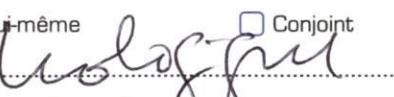
Al Anfael 100 BIR APP3 Casablanca 20200

Tél. : 0670572042 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

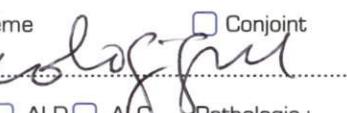
Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13/02/2019

Nom et prénom du malade : 

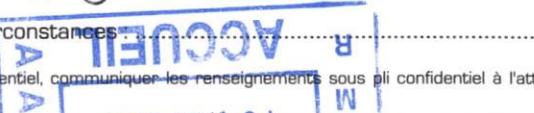
Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) : 



INPE
091141309

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
13/12/2013	C		3000	CHIRURGIE DENTAIRE 32, Rue Théodore Hureau 35000 Rennes Tél : 05 22 26 70 98 Fax : 05 22 26 72 24 M. Gauthier - Caspaliac

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MUSIQUE 108, AVENUE DE LA MUSIQUE 51100 REIMS Tél. 03 26 20 11	13/12/2023	1685,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 DROITS 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

33

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid with 8 layers. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right. The depth axis is labeled with numbers 1 through 8. The grid consists of a series of concentric spheres, with each layer containing 8 spheres. The spheres are arranged in a pattern that repeats every 8 units along the depth axis.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراد
جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية ننسى (فرنسا)
رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسى
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

13/12/2023

BAANAR

Abdelouahab

272.00 x 3

1) A-Vodat

3 mois

SA

11.

Abdelouahab

109.70 x 3

2) Rauhle

3 mois

SA

four

11.

180.00 x 3

3 mois

SA

unis

1685.00 x 3) Vela 10

11

Dr. JAFAR ZEMRAG
CHIRURGE UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine - Casablanca (ex. Gallilé)
Tél. : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24
I.F. : 40410056 - C.N.S.S. : 6011853 - Patente : 35511335 - I.C.E. : 001735895000071

CONTIFLO® OD

Gélules à libération prolongée (Chlorhydrate de tamsulosine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Dénomination du médicament

LOT : 5944
PER : 07 - 26
P.P.V : 180 DH 00

rate de tamsulosine, libération prolongée en

Substance active : Chlorhydrate de tamsulosine 0,4 mg
Équivalent à 0,4 mg d'une gélule à libération prolongée : Chlorhydrate de magnésium, succinate d'acrylate d'éthyle, dioxyde de titane,

LOT : 5944
PER : 07 - 26
P.P.V : 180 DH 00

élue : gélatine, bleu d'indigo, azone de quinoléine, E171, azorubine,

oxyde de fer, sucinate de magnésium, azone de quinoléine, E171, azorubine,

LOT : 5944
PER : 07 - 26
P.P.V : 180 DH 00

UTILISES DANS
L'ESTATE.

Qu'est-ce que CONTIFLO® OD 0,4 mg, gélules à libération prolongée et dans quel cas est-il utilisé ?

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains symptômes de l'hypertrophie (augmentation de volume) bénigne de la prostate.

5. Posologie et mode d'administration:

Posologie

En règle générale, une gélule par jour.

SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

La gélule doit être avalée avec un verre d'eau sans être croquée ni mâchée.

SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE

Fréquence d'administration

CONTIFLO® OD

PPV: 1090H70

30 Gélules

à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO® OD

PPV: 1090H70

30 Gélules

à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO® OD

PPV: 1090H70

30 Gélules

à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 272,00 DH

ID: 652602
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 272,00 DH

ID: 652653
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 272,00 DH

ID: 652853
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 272,00 DH

ID: 652853
6 118001 141654

11. Les effets possibles du traitement sur la voie

conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines

Une prudence particulière devra être observée par les conducteurs automobiles et les utilisateurs de machines en raison du risque d'hypotension orthostatique (avec可能出现 de vertiges ou de malaise), en début de traitement.

12. Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de CONTIFLO® OD 0,4 mg, gélules à