

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

- Reclamation : 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- 0037740

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12483

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEGDAI H 28

06/02/1986

201149

Date de naissance :

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661721335

Total des frais engagés :

599,3

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAMAL ZRIKEM EP. HAMMI
Pédiatre
68, Rue Zethoune (Ex. Reims)
CASA - Tél. : 29.31.60.16

Date de consultation : 06/01/14

Nom et prénom du malade : CHEGDAI H 28 Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : ANGIE

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 2014

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 : CMW

Le : 06/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

6

PHARMACIE DES MAIS
Dr. BIE, 60, rue de la République
30, Rue de la République
Case - Tel: 05 22 86 28 9

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Cœfficients

**Montant
des Honoraire**

AUXILIAIRES MEDICAUX

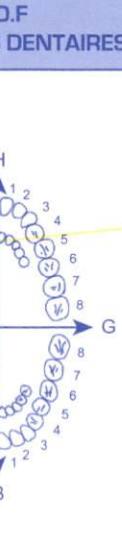
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

• • • • •

Date des

10 of 10

IV Montant détaillé des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																		
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																					
			COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																						
			MONTANTS DES SOINS																																																						
			DEBUT D'EXECUTION																																																						
			FIN D'EXECUTION																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>O.D.F ROTHESSES DENTAIRES</th> <th colspan="3">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td colspan="3"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>			O.D.F ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																																	
	O.D.F ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																																								
	H	G																																																							
	25533412	21433552																																																							
	00000000	00000000																																																							
	D	G																																																							
	00000000	00000000																																																							
	35533411	11433553																																																							
	B																																																								
			COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																						
			MONTANTS DES SOINS																																																						
			DATE DU DEVIS																																																						
			DATE DE L'EXECUTION																																																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																									



ZK

Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine
de Casablanca

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيق

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 01.06.2016 الدار البيضاء :

enfant. le fils =

63,50 x 8 = 126,00

10f lodox. euf(x2)

191cp x 35 x 83
19,00

25 brufee. 2000 x 35 x 83
12,80

30 doliphen 300

1 reeф x 31,00

24,00

~~docees~~ 1 reeф x 31,00

117,00

1 reeф x 31,00

hygiennes de coiffure
الرجو إحترام وصفة طبيبك

1 reeф x 45,00

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. ZRIKEM KARIMA - Ep-Himmi
Casab - Tél: 05 22 29 31 60 / 68
S.V.

30 doliphen 300

10f brufee 2000

50 lodox

Fliastide 125

26 x 2,1 x 3,5

$\tau = 299,30$

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI
Pédiatre
Rue Zerhouni (Ex. Reims)
S.A. Tel. 29 57 60 / 68

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. ZRIKEM
30, Rue Zerhouni
Casa - Tel : 85 22 66 28 99

43



PPV 12 DH50
PER 06 / 26
LOT M2 133

12,80

Desloratadine
Pour 1 ml de solution buvable.

Les autres composants sont:

Propylène glycol, sorbitol liquide, acide citrique anhydride, sucrellose, arôme bubble gum, eau purifiée.

Excipients à effet notable : Sorbitol, Propylène glycol

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type de
LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable contient

Indications thérapeutiques :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est un somnolent. Il aide à contrôler votre réaction allergique. LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable aide à l'inflammation nasale provoquée par une allergie chez les adultes, les adolescents et les enfants de 6 ans et plus qui coule ou qui démarre, les démangeaisons et les larmoyants.

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est un antihistaminique (atteinte cutanée provoquée par une éruption urticarienne).

Le soulagement de ces symptômes dure toute la nuit et préserve votre sommeil.

5 mg/ml

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml

6118000041696

LOREUS®
Desloratadine 0,5 mg/ml

IMPORTER & DISTRIBUTEUR:

العنوان: استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

S.I.C.
Bldg n°56 - Street
Maadi - Cairo
Registration n°4

BOTTU SA

PPC : 117 DH 00



3 564300 001039

10012154

2023-03

2026-02

LOT

CTU

CTU

CETU2090
CT21815B

PPV:24DH50

PER: 07/25

LOT: M2436

Le type de rhinite allergique dont vous souffrez: le rhume des foins. Il existe de nombreux types de rhume des foins. Si vous souffrez de rhume des foins, il est important de faire une consultation avec votre médecin pour déterminer le type de rhume des foins que vous avez et pour obtenir le traitement approprié.

Si vous souffrez de rhume des foins, il est important de faire une consultation avec votre médecin pour déterminer le type de rhume des foins que vous avez et pour obtenir le traitement approprié.

Si vous souffrez de rhume des foins, il est important de faire une consultation avec votre médecin pour déterminer le type de rhume des foins que vous avez et pour obtenir le traitement approprié.

atadine ou à l'un des autres composants contenus

des effets indésirables, mais ils ne surviennent

peuvent survenir. Ces effets indésirables sont généralement bénins, mais peuvent être graves. Si vous avez des effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et

des effets indésirables avec la desloratadine solution ou un comprimé placebo.

Si vous avez des effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et

63,00

63,00

19,00