

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-540475 *111037*

38637

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

11037

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BEN MAKHLOUF LAÏLA

Date de naissance :

25_10_74

Adresse :

*89 Lot HAMZA, N°6 Sidi Maârouf
Casablanca*

Tél. :

0661749599

Total des frais engagés :

04 SEP. 2020

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/08/2020

Nom et prénom du malade :

CHARKAOUI CHAMA

Age : *13*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Otite externe Hc Gauche

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

31/08/2020

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
25/10/20	CS		+ 2500 dtf	INP : 0911186224 Dr. Samir ORL et Chirurgie Cervico-Faciale Bd. Abdellatif Kadiri Rés. Nai 1000 3 Sidi Maârouf - Casablanca Tél : 0527 80 88
25/10/20	méchage OTAWIK		+ 1000 dtf	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ER-RYANE Dr. La nira AFIR Lot. Nouria 111° 1 Sidi Maârouf Casablanca Tél. 0522 97 32 14	25/7/2020	448,80 - 448,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

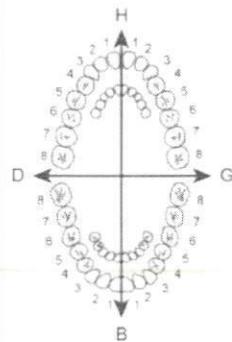
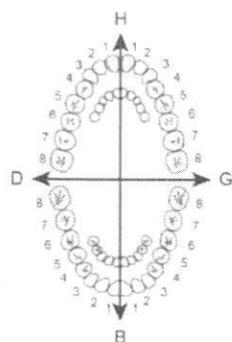
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre

surdité, Ronflement et Allergie ORL

Acouphène, Pathologie de la voix,

Goitre



PPV: 126,30 DH
LOT: 623707
PER: 06/21



PHARMACIE ER-RYANE
Dr. Sanae AFIR
Lot Nour Lot. 11° 1 Sidi Maârouf
Casablanca - Tel: 0522 97 32 14

Ordonnance

Le : 25/07/2020

PPV: 126,30 DH
LOT: 623707
PER: 06/21



Pr^{me}: Charkaoui

Chama

1) 126,30 x 2 =
Augmen + **AS** 1gs : 15 x 3 / J pbt 08/

15 x 3 / J pbt 08/

2) Déflagacon **AS** 30mg qd: 2cp / J pbt 07/

144,40

pbt 07/

3) Polydexa g He: 5g flles x 2 / J pbt 07/

21,80

448,80

Dr. Sanae LRHAZI
Oto-Rhino-Laryngologie Cervico-Faciale
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kadi Rés. Naim
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email: sanaelrhazi@gmail.com

Lot: PC0295B
Per: 01/2023
PPV: 174DH40

POLYDEXA®
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241270

YOEXA®
on auriculaire

650.000 U.I.

1.000.000 U.I.

e 0,100 g

..... 100 ml

Corticostéroïde associé à deux antibiotiques antibactériens.

Indications thérapeutiques :

Oties externes à tympan fermé, en particulier eczéma infecté du conduit auditif externe.

Oties moyennes aiguës incisées.

Contre-indications :

Hypersensibilité à l'un des constituants.

Perforation tympanique d'origine infectieuse ou traumatique.

Effets indésirables :

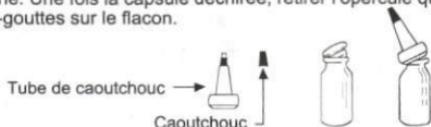
Réaction allergique.

Mise en garde :

Ne pas utiliser sans avis médical.

Montage du compte-gouttes :

1. Ouvrir le sachet qui protège le compte-gouttes.
2. Décapsuler le flacon de verre qui contient le médicament en tirant la languette métallique bien droit dans le sens de la flèche. Une fois la capsule déchirée, retirer l'opercule qui ferme le flacon.
3. Placer le compte-gouttes sur le flacon.



Mode d'emploi :

1. Faire tiédir préalablement le flacon dans l'eau chaude ou le réchauffer dans la paume de la main. A la suite d'emplois répétés, l'étiquette peut parfois se détacher ; il suffit alors de l'appliquer soigneusement sur le flacon pourqu'elle se recolle.
2. Dévisser le capuchon qui obture le compte-gouttes en maintenant le tube de caoutchouc entre le pouce et l'index.
3. Retourner le flacon, le tenir verticalement au-dessus du conduit auditif.
4. Presser légèrement le tube de caoutchouc du compte-gouttes, entre deux doigts ; le médicament s'écoule goutte à goutte.
5. Après chaque instillation, laisser la tête penchée pendant quelques minutes.

Posologie :

- Adultes : utiliser en bain d'oreille (1 à 5 gouttes) 2 fois par jour, pendant 6 à 10 jours.
- Enfants : utiliser en bain d'oreille (1 à 2 gouttes) 2 fois par jour, selon l'âge, pendant 6 à 10 jours.

Laisser ensuite la tête penchée pendant quelques minutes.

En règle générale, il est recommandé de ne pas utiliser sous pression.

La durée du traitement usuel ne doit pas excéder 10 jours.

Forme et présentation :

Solution auriculaire - Flacon compte-gouttes de 10,5 ml

Liste I (Tableau A)

Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale - Suivre les indications du médecin traitant - Ne pas avaler.