

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.

N° W19-467752

ND = 20218

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

9015

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FOUADI

ISSAM

Date de naissance :

21-11-71

Adresse :

n°09 rue 04 INARA 1

Tél. :

0666248960

Total des frais engagés : 1507 100€ 137 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN A.Med Fouad
Médecine Générale
Bd El Qods GH 06
1num. 35 Appt. 1 INARA 1

GSM : 0663.68.12.69 - Casablanca

Date de consultation :

21/11/2019

Age : 48 ans

Nom et prénom du malade :

FOUADI ISSAM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

epigastriques + Alerte + Diarrhoe + Hemorragie

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.

EV 2020

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 : 21/11/2019

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
24/12/19	C	1	110,70	INP : 09111565413 Dr. BENJELLOUN ALI Médecin Généraliste Bd El Oued GH 06 Institut Clinique de Casablanca GSM : 0663 88 12 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PARIS PHARMA	26.12.19	100,00€
26/12/19 MOUTASSIM Dr en Pharmacie Tél. 0527 21 59		

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES RADIographies			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				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

Docteur BEN JELLOUN

A. Med Fouad

Médecine Générale

Ex. Médecin Chef du Centre de
Santé de Sidi Allal Bahaoui

Bd. EL QODS ADDAMANE

GH 06 IM. T 35 APPT. 1 INARA 1

Portable : 0663 68 12 69

B : 0633 33 25 33

الدكتور ابن جلون

ع. محمد فؤاد

الطب العام

طبيب رئيسي سابق
بسيدى علال البحراوى

شارع القدس مجموعة الضمان

عمارة 35 GH 06 الشقة 1 الإنارة 1

الحمول : 0663 68 12 69

ع : 0633 33 25 33

Casablanca, le 21-10-19 الدار البيضاء، في

72 FOUAD i ISSAT.

38,00

SL

REGEN 20

SL

1/2 h. | 38,00 |



29,10

ATA-RAX 25

SL

| 29,10 |

7,00

mp + ans /

SL

No febrile fievre

LOT PA500281
PER 01/2023 PPV 7 DH

X

1/1 - Rectogesic pd

SL
Bd. EL QODS ADDAMANE
GH 06 IM. T 35 APPT. 1 INARA 1
Casablanca
0663 68 12 69
0633 33 25 33

74,10

1/1 - Rapp. x 30

JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)

No : 2229

PHARMACIE ORLY 4

ORLY SUD 190

91550 ORLY AEROPORT

Mail: FOUADI

Issam

91 2 01382 8

AZOULAY-IBGHEI Caroline

Tel:

Ne 1e:00/00/1900 Rang:1

Nature: Exo:

No:

Dr : BENJELLOUN

Ordon du: 26/12/19

AMO:

Vendeur : SO

QTE-----Produits-----P.U.---(Base)--Hon--Taux
1 RECTOGESIC 4MG/G POMMADE TUB 100,00 0%
34009 3765370 1 Ordo: 000002596

TOTAL FACTURE : 100,00 1 Produits

MONTANT A.M.O : 0,00 MONTANT A.M.C : 0,00

Paye par l'assure : 100,00

Pour 1 g de pommade rectale

Un gramme de pommade rectale contient 4 mg de trinitrate de glycéryle (TNG). La dose recommandée de 375 mg de cette formulation contient approximativement 1,5 mg TNG.

Excipients à effet notoire : Propylèneglycol, lanoline (voir la notice pour plus d'informations).

Autres excipients : vaseline blanche, paraffine solide, sesquioléate de sorbitan.

Uniquement à usage rectal.

Utiliser conformément aux instructions du médecin.

Lire la notice avant utilisation.

Conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Ne pas congeler.

Conserver le tube soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité ; ne pas utiliser au-delà de 8 semaines après l'ouverture.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

longueur 2,5 cm

KYOWA KIRIN

Tube de 30 g

Rectogesic® 4 mg/g
Pommade rectale
Trinitrate de glycéryle

Rectogesic® 4 mg/g

Pommade rectale

Trinitrate de glycéryle

Tube de 30 g

Rectogesic® 4 mg/g

Pommade rectale

Trinitrate de glycéryle

Tube de 30 g

Titulaire

Kyowa Kirin Ltd
Galabank Business Park
Galashiels
TD1 1QH
Royaume-Uni

Exploitant

Kyowa Kirin Pharma
20-26 Boulevard du Parc
92200 Neuilly-sur-Seine

Médicament autorisé
N° 34009 376 537 0 1

Liste II - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

KYOWA KIRIN

KYOWA KIRIN



Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

LOT: 2187320
EXP: 09/2021
(01)03400937653701

