

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° W19-453626

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique 20876 | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 8562 | Société : R A M | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BELBA CHIR KARIM | | | |
| Date de naissance : 09/02/1971 | | | |
| Adresse : 7 RUE DES PLEIADES HERMITAGE CASABLANCA | | | |
| Tél. : 0663709512 Total des frais engagés : _____ Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : Dr. BELGAZI Souzi Spécialiste O.P.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél: 022 23 84.84 | | | |
| Date de consultation : CASA 20 JAN 2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : BELBACHIR KARIM Age : 09/02/71 | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Copain <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : AFFection ORL | | | |
| 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 : **CASA** Le : **20/01/2020**
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20 JAN 2020 | | | 200 | INP : <input type="text"/> INP : 09101944 DR. BELAOADJI Faouzi Spécialiste O.R.I. 119, Bd. Benzarane 84 Tel: 05 22 23 84 67 05 22 93 44 67 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Distributeur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|------------------------------------|
| DR. BELAOADJI Faouzi Spécialiste O.R.I. 119, Bd. Benzarane 84 Tel: 05 22 23 84 67 05 22 93 44 67 | 20/01/20 | 223.20 Dhs 21,75€ von Tiquet |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------------------------|------------------------|
| | | |

AUTRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des soins | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|-------------|---------------------------------|
| DR. BELAOADJI Faouzi Spécialiste O.R.I. 119, Bd. Benzarane 84 Tel: 05 22 23 84 67 05 22 93 44 67 | | AM PC IM IV | |

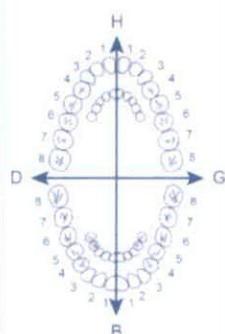
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

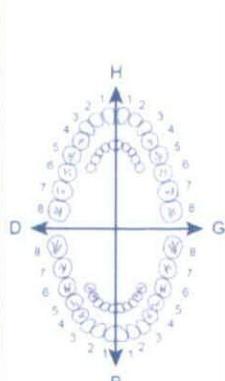
Important :

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 : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 2143356 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزاران للأمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصمم والشخير

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقدير الدوار والصمم والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

20/01/2020

Monsieur BELBACHIR Karim

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
Tavanic 500mg cp de 60
P.P.V : 145,00 DH
6 118001 080670

115,00
TAVANIC 500 2 boites de 5

1 comprimé par jour au milieu d'un repas pendant 10 jours



SOLUPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau le matin pendant 6 jours

29,00
RHUMIX

1 sachet 2 fois par jour pendant 5 jours



1 RISONEL = 1 ALSO MEX

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours.

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V : 22,00 DH

6 118000 191032

WASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvéris.
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

311 . Tel: 05 22 86 05 70
Bd Abdellatif Ben Bousmane
Dokter en Pharmacie
PHARMACIE MERCIER

Dr. BELQADI
Spécialiste
119, Bd. Bir Anz.
Tel: 05 22 99 26 53

119, شارع بئر أنزاران إقامة رمزي، (ب) الطابق الثاني المعارض - الدار البيضاء - 10100 الهاتف: 05 22 99 26 53 / 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53

119, Bd. Bir Anzarane Résidence RAMZI (B) 2^{ème} Etage - Maârif - Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53

E-mail : belqadif@yahoo.fr

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N°SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

| Désignation | Code | Qté | PU | Montant |
|-----------------------------|------|-----|-----------|---------|
| | | | TVA | TTC |
| Patient: MAROC X | | | | |
| Ordonnance 690898 | | | | |
| 3400934965562 | 4 | 1 | 9,60 | 9,60 |
| TAVANIC 500MG CPR PEL SECAB | | | 5(| 874365) |
| | 4 | 1 | 1,02 | 1,02 |
| Honor. dispens. HD7 | | | | |
| 3400933222185 | 4 | 3 | 1,33 | 3,99 |
| UVEDOSÉ AMP BUV 2ML BT1 | | | (| 874366) |
| | 4 | 3 | 1,02 | 3,06 |
| Honor. dispens. HD7 | | | | |
| | 4 | 1 | 0,51 | 0,51 |
| Honor. dispens. HDR | | | | |
| | 4 | 1 | 3,57 | 3,57 |
| Honor. dispens. HDE | | | | |
| | | | Total TTC | 21,75 |
| | | | A Payer | 21,75 |

TOTAL A PAYER : 21,75 (142,67F)
Montant HT : 21,30

| Code | TVA | Taux | HT | TVA | TTC |
|------|-----|------|--------|-------|-------|
| | 4 | 2,10 | 21,303 | 0,447 | 21,75 |
| CB | | | : | 21,75 | |

Le 18/01/2020 à 11h07 Op. : S Salomé

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 99642/1306575 B17/0106-R2
126/ /1/FACTURATION/TICKET/6/N/AARY/AAME
/2.10.2.1.R5-108/1

 **TAVANIC® 500 mg**

5 comprimés pelliculés sécables

 **TAVANIC® 500 mg**

5 comprimés pelliculés sécables

CIP 3400934965562
LOT 7816E
FB 10.2017
EXP 09.2020



Tavanic® 500 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I



TAVANIC® + GROSSESSE
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >
WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

Composition :

Chaque comprimé pelliculé contient 500 mg
de lévofloxacine sous forme de lévofloxacine hémihydratée.

Médicament autorisé 34009 3496556 2

 **TAVANIC® 500 mg**

lévofloxacine

Voie orale

