

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6167

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elidous Hayat

Date de naissance :

28/16/62

Adresse :

Résidence Jolifree App 10
1 Avenue Mme
2018

Tél. : 0665998953

Total des frais engagés : 569 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : Elidous Hayat Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Achias au genou droit

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 28/02/2020 Le 28/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Elidous Hayat

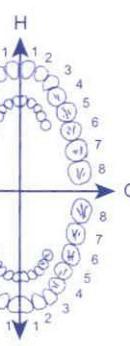
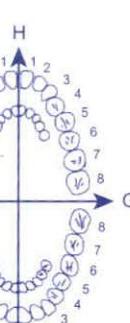
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/02/2020	Q		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2006	419,30

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'IC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)
 Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale
 Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse
 Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)
 Stérilité du couple - Bordeaux (France)
 Echographie - ECG



الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)
 دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الطبية - بوردو (فرنسا)
 دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل
 دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)
 العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)
 التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 28/04/2006 الدار البيضاء، في :

Mme El Idrissi Hayatt

H0,90x4
 M Deuxième fl
 1APX2V



H6,60 g doce. met 0,1%
 1AP 18/04



61,00 22,00x2
 3) Chertee 18/04/2006



H5,90x3
 3) Ciloxan collyre
 3 ml x 3 V



PHARMACIE IBM TOPAIL
 SEETIC 61, Bd Rifi - Casablanca
 01, Bd Rifi - Casablanca : 022.46.34.66
 Téléphone : 022.46.34.66

6 118001 070176
 CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
 A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
 Laboratoires Sothema
 PPV : 45,90 DHS
 Remboursable AMO
 406434

6 118001 070176
 CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
 A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
 Laboratoires Sothema
 PPV : 45,90 DHS
 Remboursable AMO
 406434

6 118001 070176
 CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
 A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
 Laboratoires Sothema
 PPV : 45,90 DHS
 Remboursable AMO
 406434

419,30
 PHARMACIE IBM TOPAIL
 SEETIC 61, Bd Rifi - Casablanca : 022.46.34.66

CM
 ✓

foins), de la rhinite apériodique, de c
(urticaire,...).

- Traitement symptomatique des urti

Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament
Enfants de moins de 2 ans

Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence

Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière à éviter durant la grossesse et l'allaitement.
- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine chez les enfants de moins de 2 ans.

Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :

Poids corporel > 30 kg : 10 mg de sirop)

Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de sirop)

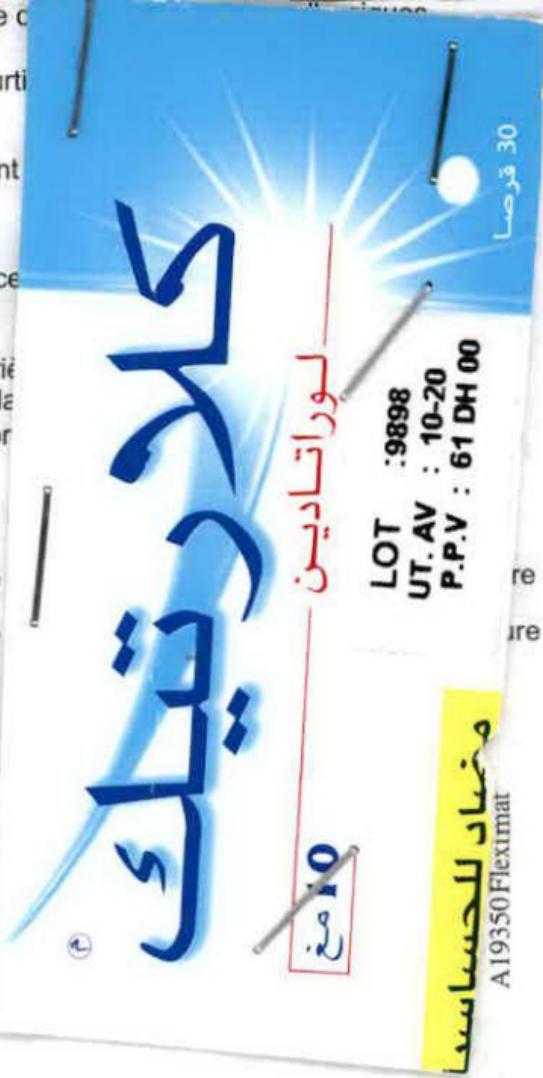
Adultes et enfants au dessus de 12 ans : le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque

Ne pas laisser à la portée des enfants

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II



Crème Voie Cutanée

Désosnidé 0,1%

O

0,1%

0,1%

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60



118000 000881 9

LOT : 6MA109
PER : 09 2020

DERMATOLOGIE
Pierre Fabre

TUBE

15 g

15 g

DERMATOLOGIE

0,1% Désosnidé

0,1% Désosnidé

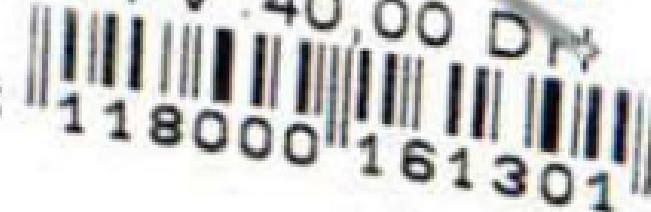
0,1% Désosnidé

~~GlaxoSmithKline Maroc~~

~~Aïn El Aouda~~

~~Région de Rabat~~

~~PPV : 40,00 DH~~



ID : 636168

6

118000161301

~~Lot 60282~~

~~EXP 08 2021~~

~~GlaxoSmithKline Maroc~~

~~Aïn El Aouda~~

~~Région de Rabat~~

~~PPV : 40,00 DH~~



ID : 636168

6

118000161301

~~EXP 08 2021~~

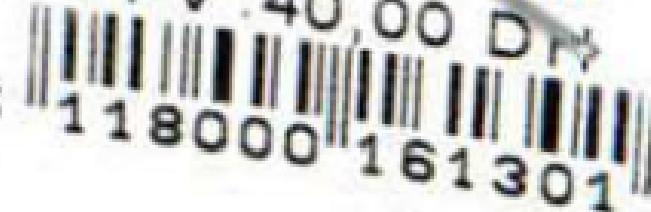
~~Lot 60282~~

~~GlaxoSmithKline Maroc~~

~~Aïn El Aouda~~

~~Région de Rabat~~

~~PPV : 40,00 DH~~



ID : 636168

6

118000161301

~~EXP 08 2021~~

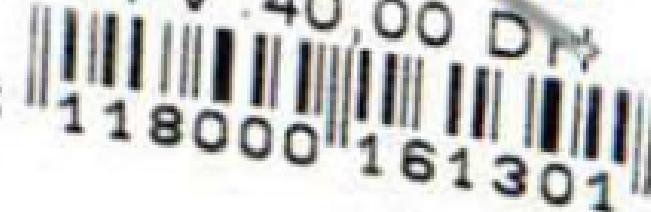
~~Lot 60282~~

~~GlaxoSmithKline Maroc~~

~~Aïn El Aouda~~

~~Région de Rabat~~

~~PPV : 40,00 DH~~



ID : 636168

6

118000161301

~~Lot 60282~~

~~EXP 08 2021~~

Larrete

Loftadine

10 mg

®

221 00

Médicament Antiallergique

Voie orale

Larrete

Loftadine

10 mg

®

221 00

Médicament Antiallergique

Voie orale