

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Endocrinologie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19-0026119

Nº: 25663

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1868

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Eloujani Najat

Date de naissance :

05/03/1959

Adresse : Résidence ALWANDA IMB I1 APT 08 Avenue Mohamed V
Berrechid

Tél. : 0651 40 85 40 Total des frais engagés : #369,90# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



13 FEV. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NAJAT EL OUNJANI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : RHITOLGIQUE AUPRIEUR

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

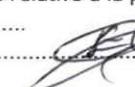
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Berrechid

Le : 02/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-026119

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1868

Nom de l'adhérent(e) : Eloujani Najat

Total des frais engagés : #369,90#

Date de dépôt : 02/04/2020

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
13 FEV 2020	DS	02	200.00 H	

es

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 2000 Doktore Radiri I. Zineb 22, bd Mohammed V - BERRECHID Telephone . 022.53.36.05	13.01.20	15970

Pharmacie 2000
~~Docteur Kadirli L. Zineb~~
22, bd Mohammed V - BERRECHD
Téléphone : 022.53.36.45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 la

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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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 .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphène,
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي
أمراض و جراحة الأذن، الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة الصمم، زنين الأذن
الشخير، اضطراب الصوت

DATE :

18/5/2020



NATAT ELAN JAM

11.30

1

19.40

20

49.00

21

169,70

Tanakar

7y + 3 / 7 ans (5 years)

A'S

A'S

Antibiotique

2 y + 3 / 2 years



Doctoral Bilingual
Institute of Medicine
Institute of Medicine
Institute of Medicine

Acupuncture

2 y + 3 / 2 years

A'S

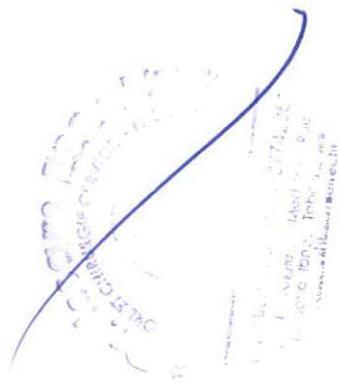
تجزئة 1، زلوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء - برشيد

Lot1, Angle Boulvard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRRECHID

Tél.: 05 22 32 57 57

(6)

Power to
 $\frac{240}{240 + 24} r^{2r} 10^j$



ANTIBIO-SYNALAR
Gouttes auriculaires
Flacon de 10 ml

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétonide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Pour 100 ml de solution.

Excipients: Nitrate de phénylmercure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau destillée.

Excipient à effet notoire: Phénylmercure

FORME PHARMACEUTIQUE:

Solution pour instillation auriculaire. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelque peu que l'oreille atteinte se trouve en haut.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille.

Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte.

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

Il faut que l'oreille atteinte se trouve en haut que l'oreille atteinte se trouve en

ANTIBIO-SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml



6 118000 120254

ANTIBIO-SYNALAR

Administration de gouttes le matin

OT T91346

XP 05 2021

HPV 79.00 DH

ement de 7 jours.

soit être utilisé régulièrement et efficacement.

gnifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression est antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de retarder sur cette impression et retarderait votre guérison.

19,40