

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-473904

ND : 28 000

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10022	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EDDOUSSI Karim			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2895 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 22/05/20	
Nom et prénom du malade : EDDOUSSI Karim Age : 1961	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : Affection	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : JUN. 2020	
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 : **Casablanca** Le : **22/05/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **EDDOUSSI Karim**



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
22/05/2020	echo endo	300	300	INP : 091081584
22/05/2020	echo vesica prostatig	200	200	
		200	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENIR	22/05/2020	23500

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

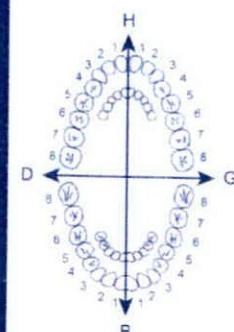
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

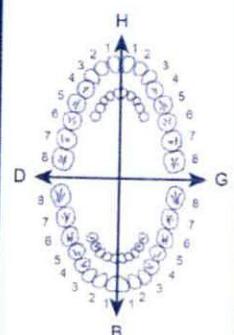
Important :

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 :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL URINAIRE

Conditions d'examen: bonnes difficiles

REIN DROIT

REIN GAUCHE

VESSIE

Réplétion suffisante modérée insuffisante

Contenu transonique lithiasique

Paroi régulières irrégulières Epaisseur mm

Résidu post mictionnel négligeable non apprécié

Autres

PROSTATE

Voie sus pubienne endorectale

Dimensions 4.5 x 5.1 x 5.1 mm Volume 505 cc

Echostructure

long - a calcif ant a branches in
lobe median

AUTRES

CONCLUSIONS

Dr. My Larbi KHADDOU

Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins,
des Voies Urinaires et Organes Génitaux

- Exploration et Chirurgie Endoscopique
- Lithotripsie Extra-Corporelle
- Stérilité Masculine et Impuissance Sexuelle
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'Enfant
- Echographie Urologique

Ex. Chirurgien Urologue des Hôpitaux Militaires
(Dakhla, Hôpital Militaire Med V Rabat)

الدكتور مولاي العربي خادو

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى
المسالك البولية و التناسلية



فحص و جراحة المسالك البولية عبر المنظار

• تفتيت حصى الكلى والمسالك البولية بالأشعة

• القم و العجز الجنسي عند الرجال. الأمراض التناسلية

• الختان والتبيؤ الالارادي عند الطفل

• الفحص بالصدى الصوتي

جراح اخصائي سابق بالمستشفيات العسكرية.
(الداخلة، مستشفى محمد الخامس الرياض)

ORDONNANCE

Casablanca, le :

22/05/2020

Mr EDDOUSSI KARIM

1) TAMSULOSINE WIN 0,4LP
1cp /j le soir au coucher pd 3mois

2) OFIKEN 200mg
1cp = 2x/j pd 10j

3) DOLICOX 90mg
1cp/j le soir

RDV dans 10j

Le contrôle médical s'effectue 15jours au maximum après la première consultation, au-delà de ce délai le contrôle n'est plus valable.

Un suivi médical demandé par votre médecin, après 1, 2, 3mois ou plus est une nouvelle consultation payante.

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
LOT : 19E002V
PER : 03/2022

6 118000 062257

LOT : 19E003V
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 19E002V
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

ofiken®

Céfotaxime

200 mg

16

Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 182800 1 EXP 12 2020
PPU 170.00 DH

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
<input checked="" type="checkbox"/>	▲	●	○	○

Laopharma

dre ce médicament.

idez plus d'informations à votre médecin ou
onnez jamais à quelqu'un d'autre, même en

أوفiken® 200 ملخ
ofiken® 200 ملخ

أو اصن معندة

16

سنتيكس

s-kg
s-kg
es-kg
es-kg

..... q.s.p un comprimé pelliculé. 200 mg
..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée. 100 mg

β-lactamases de 3^{ème} génération.

à traitement des :

ou à l'un des excipients de ces médicaments.

..R L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE

Pr.
b) Mise en garde spéciales et précautions d'emploi :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin. En effet, la survenue d'une réaction allergique impose l'arrêt du traitement.

Il existe une possibilité d'allergie (5 à 10% des cas) chez les sujets allergiques aux pénicillines ou autres bétalactamines. Signaler à votre médecin toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitement par les antibiotiques du groupe des pénicillines.

ofiken®

Céfotaxime

200 mg

16

Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 182800 1 EXP 12 2020
PPU 170.00 DH

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
<input checked="" type="checkbox"/>	▲	●	○	○

Laopharma

dre ce médicament.

idez plus d'informations à votre médecin ou
onnez jamais à quelqu'un d'autre, même en

أوفiken 200 ملخ
ofiken 200 ملخ
16

s-kg
s-kg
es-kg
es-kg

..... q.s.p un comprimé pelliculé. 200 mg
..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée. 100 mg

halosporines de 3^{ème} génération.

à traitement des :

, ou à l'un des excipients de ces médicaments.

..R L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE

أوصاص معندة

- Pr.
b) Mise en garde spéciales et précautions d'emploi :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin. En effet, la survenue d'une réaction allergique impose l'arrêt du traitement. Il existe une possibilité d'allergie (5 à 10% des cas) chez les sujets allergiques aux pénicillines ou autres bétalactamines. Signaler à votre médecin toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitement par les antibiotiques du groupe des pénicillines.

DX

60 mg

90 mg

120 mg

Compresse pelliculée

de cette notice avant de prendre ce
bien la relire.

Si vous avez un doute, demandez plus d'informations

en pensant : Né le donnez jamais à quelqu'un
que, cela pourra lui être nocif
que ou si vous remarquez un effet indésirable
à votre médecine ou à votre pharmacien.

PPV : 169DH00
PER : 10/2002
LOT : 12438-2

en substance active par unité de prise 60 mg
en substance active par unité de prise 90 mg
en substance active par unité de prise 120 mg

Type d'activité :

l'inspiré, pelliculé : est l'un des médicaments de la
syngénèse-2 (iCOX-2).

Antagonistes anti-histaminiques, non sédatifs,

contribue à réduire la douleur et le gonflement
chez les patients atteints d'arthrose

contribue à réduire la douleur et le gonflement
chez les patients atteints de goutte.

et également utilisé pour le traitement de courte
durée de la douleur et le gonflement

chez les patients atteints de goutte.

mg, 90mg & 120mg, ne doivent être pris ni par les
je 10 ans.

pour le traitement de votre maladie, il est important
que votre douleur et de ne pas prendre DOLICOX®

pellicule plus longtemps que prescrit.

La dose recommandée est de 30 mg une fois par jour, augmentée à 60 mg maximum une
fois par jour si nécessaire.

Patients avec problèmes hépatiques

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour.

Douleur aiguë
Dolacox® ne doit être utilisé que pendant la période de douleur aiguë.

Douleur post-opératoire après chirurgie dentaire
La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour, traitement limité à 3 jours au
maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

La dose recommandée est de 30 mg une fois par jour qui ne doit être utilisée que pendant

la période aiguë de la douleur, limitée à 8 jours au maximum.

Enfants avec problèmes hépatiques

En cas d'insuffisance hépatique légère (maladie du foie), vous ne devez pas prendre plus
de 60 mg par jour.

Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale recommandée
est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Le ou les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, doivent être croqués en
une prise par jour DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris
ou cours ou en dehors des repas.

Durée du traitement

Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale recommandée

est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Le ou les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, doivent être croqués en
une prise par jour DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris
ou cours ou en dehors des repas.

Enfants et adolescents de moins de 16 ans

Grossesse et allaitement ou prévision de grossesse (voir Rubrique « Grossesse et

allaitement»).

Maladie grave des reins.

Maladie grave du foie.

- Maladie inflammatoire de l'intestin, n

ou colite,

- Diagnostic de maladie cardiaque à

d'origine de la poitrine, antécédents de

autres périphériques, ou toute sorte d'

ischémique transitoire. L'étoncocaïne peut

utilisé chez les patients ayant déjà eu un

cérébral.

- Hypertension artérielle non contrôlée.

- Colite, jumeau de la peau et des yeux.

- Si vous présentez un de ces symptômes

60mg, 90mg & 120mg, comprimé pelliculé

- Apparition ou aggravation d'un estiac

chevillier,

- Troubles de la peau et des yeux.

- Si vous pensez que l'un de ces points

avez consulté votre médecin ou pharmacien.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, DOLICOX®

peut provoquer des effets indésirables, mais

très fréquents surviennent chez plus de 1

Fréquents (surviennent chez 1 à 10 patients)

Très rares (surviennent chez 1 à 10 patients)

Très rares (surviennent chez moins de 1 patient)

Mises en garde, spéciales et précautions

Advertisements et précautions

Vous avez des antécédents de

ORDONNANCE

DR My Larbi KHADDOU

CHIRURGIEN UROLOGUE

REÇU

22/05/2020

Mr EDDOUSSI KARIM

CONSULTATION SPECIALISEE:	300.00
ECHO RENALE :	200.00
ECHO VESICO-PROSTATIQUE:	200.00

	700.00

SEPT CENT DIRHAMS

PS : Toute réclamation ultérieure, concernant le montant facturé ou la date de facturation sera rejetée,
nous vous serons gré de bien vouloir vérifier ces deux données sur le présent reçu.

Résidence Hanane Jassim 1-744 Rue Boukraa Entresol n38
Signature et cachet du médecin

