

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **KHADDIOUI** Société : **RAM** (53935)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **KHADDIOUI CHAIBIA**

Date de naissance : **01-01-1925**

Adresse :

Tél. : **05 22 52 50 03** Total des frais engagés : **200,00 + 430 + 80 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/12/18**

Nom et prénom du malade : **KHADDIOUI CHAIBIA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection pulmonaire et cardiaque**

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/02/23 | ✓ | | 229,00 | <p style="text-align: right;">PARAPUIS ENREGISTRE PAR Médecine Générale Maladie de l'Articulation de la Main 41, AV. Bagnolac - 34170 MONTPELLIER Tél. 05 62 21 17 49</p>  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------------------------------------|-----------------------|
| PHARMACIE AT El Krair, Mar blanca - Té | <u>1</u> <u>12</u> <u>2020</u> | <u>4321.80</u> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

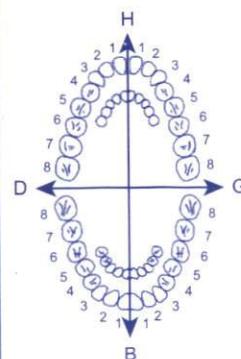
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LARAQUI BENMOUSSA BADIA

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Paris

Médecine Générale
& Maladies de l'Appareil Digestif

الدكتورة العراقي بنموسى بديعة

خريجة كلية الطب بباريس

الطب العام

وأمراض الجهاز الهضمي

Khadija

Casablanca le:

01/12/2012

الدار البيضاء في

75.00

Hydrogel



PPC

75,00 DH

LOT

AUT AV

Bab 60

PHARMACIE ATTIOUI

Chock 1 N° 52-03-42
El Kneif - Tel.: 0522 52 03 42
Casablanca

13.00



47,80

Dosage



29.00

Ituflex

x 3

432,80

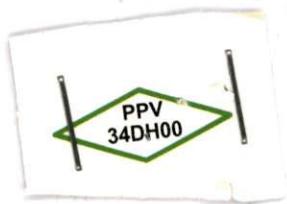
AS

للتوكيل
في الصيدليات
لاراكي

Dr LARAQUI BENMOUSSA
Médecine Générale
Maladies de l'Appareil Digestif
41, Av. Baghdad - Quartier El Yacout - Ain Chock
Tel. C: 0522 23 22 49 - D: 0522 36 68 50 - PPC : 79,00 DH

05.22.36.68.50 - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف العيادة : 05.22.21.22.49 / المنزل : 05.22.36.68.50 - Ain Chock - 41

41, Bd. Baghdad - Quartier El Yacout - Ain Chock - Casablanca Tél.: C: 05.22.21.22.49 - D: 05.22.36.68.50



AZIX®

Azithromycin

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes suivants :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchites);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicités non gonococciques.

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) doit être signalée immédiatement au cours de traitement.
- Signaler au médecin traitant toute allergie connue ou suspecte survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu

SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AZIX®

Azithromycin

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes suivants :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchites);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicités non gonococciques.

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) doit être signalée immédiatement au cours de traitement.
- Signaler au médecin traitant toute allergie connue ou suspecte survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu

SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable