

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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.

taire :

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.

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.

MUPRAS : Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7767 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA SMAILA

Date de naissance : 10/10/1959

Adresse : lot la colline 1 n. 2x 1000

Tél. : 066682653 Total des frais engagés : 444,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR K. SNAISSI
OTOPHONO-LARYNGOLOGISTE
Cabinet Dr. K. Snaissi
47, Avenue Hassan II
Planca
Tél. 05 22 21 26 04 67

Date de consultation : 23/12/2012

Nom et prénom du malade : Chafiq Smaïdane Nada Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

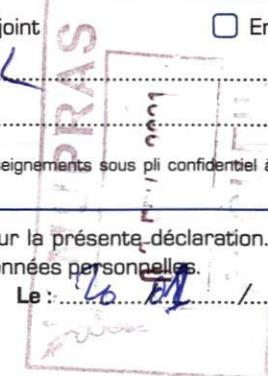
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 06/01/2013

Le : 06/01/2013

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/12/20	CS	0		091130632 NOUS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE SUR parking CARREFOUR Sidi Maureuf (Ancien Makro) Casablanca - Tél.: 05 22 23 51 77 / 05 22 33 54 53 WhatsApp : 06 62 12 38 10 RC: 2216958 - PAT: 36100100 - IM: 80731792 - CNSS: 063320 I.F.C. 100004026400004 - E-mail: pharmaciecolline@gmail.com	23-02-2023	444,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The upper arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom. The lower arch is labeled with 'C' on the right. The teeth are arranged in pairs, with some teeth having additional numbers or letters (e.g., 1A, 1B, 2A, 2B) indicating specific positions or types.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur K.G. SNOUSSI

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Toulouse



23/12/2020

(الدكتور خالد غزى سنوسي)

إخلاصي في أمراض وجراحة

الأذن، الأنف والحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

ملحق سابق بمستشفيات تولوز

BENTAHILA

1) OROPROPOLIS



55,10 4 à 5 pulvérisations par jour dans la gorge 6 jours

2) LEVOTHYROX 50 µg



13,40 1 comprimé le matin avant le repas pendant 6 mois

3) AMOXIL 1 g comprimés dispersibles



55,00 1 comprimé matin et soir pendant 8 jours

4) DOLIPRANE 1 g



14,00 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

5) SINGULAIR 10 mg (boite de 28)



307,00 1 comprimé le soir pendant 1 mois



SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

7473/310314-1

1331612-05/2022
P.P.V: 55,10 DH



Docteur K.SNOUSSI
OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
Chirurgien De L'oreille
47, Avenue Hassan II - Casablanca - Maroc
Tél: 0522278070 - 0522269467

RDV, le :

47 محج الحسن الثاني الدار البيضا - الهاتف: 05.22.22.08.76 - الفاكس: 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67 - Fax. : 05.22.22.08.76

E-mail : k.g.snoussi@gmail.com



1g
dispersibles
12 comprimés

amoxicilline
Amoxil

Amoxil

amoxicilline 1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتام
Lire attentivement la notice avant utilisation.

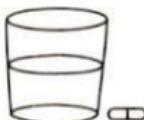
اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Ce médicament peut causer des allergies.**

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



A avaler avec un verre d'eau
يبلع مع كأس من الماء

OU



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

ذابنة الفرسن في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV : 55,00 DH
LOT : 623690
PER : 08/21

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

voie orale. Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

دوالي بـ بران
باراسيطامول 1000 ملغ



أقراص

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

بوتي، ٨٣، مصر الكازبريناس - مون المسلح - الدار البيضاء
س. التلوكسي - صيدلي مستودل



COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

18x45x97
8

06/17
100025

Levothyrox® 50 µg comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale

30 comprimés sécables

انشرة قبل الاستعمال
الدواء في متداول ومهام