

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045266

57892

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD

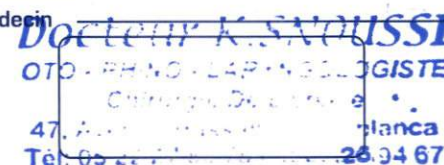
Date de naissance : 10/07/1953

Adresse : Lot la colline I n. 24 Casablanca

Tél. : 0666872653 Total des frais engagés : 444,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/2020

Nom et prénom du malade : Ghazi Saoudi Nader Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

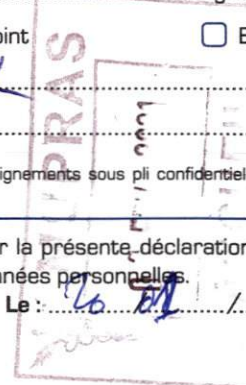
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 16/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

TS/STOUSTE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro) Casablanca - Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53 Whatsapp: 06 63 12 38 18 06 65 88 58 58 - Pst: 36103109 - M: 06 73 1792 - CNSS: 0633450 06 63 12 38 18 - Email: karabellah1991@gmail.fr	23 12 2020	444,50

23
12
2020 444,50

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		D ————— G															
		00000000	00000000														
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
<input type="text"/>		DATE DU DEVIS															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

- G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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 غازي سنوسي

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف و الحلق

جراحة الصمم

زراعة قوقعة الأذن

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
ملحق سابقا بمستشفيات تولوز

Madame GHAZI SNOUSSI Nadia EP

BENTAHILA

1) OROPROPOLIS

4 à 5 pulvérisations par jour dans la gorge 6 jours

2) LEVOTHYROX 50 µg

1 comprimé le matin avant le repas pendant 6 mois

3) AMOXIL 1 g comprimés dispersibles

1 comprimé matin et soir pendant 8 jours

4) DOLIPRANE 1 g

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

5) SINGULAIR 10 mg (boîte de 28)

1 comprimé le soir pendant 1 mois



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

74773/30314-1



Docteur K.SNOUSSI
OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
Chirurgie de l'Oreille
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05.22.27.80.76 - 05.22.26.94.67

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Melroi)
Casablanca - Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
whatsapp: 06 62 12 38 19
RC: 266958 - Pat: 36103109 - IF: 50731792 - CNSS: 6092400
ICE: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@orange.fr
RDV, le:

47 محج الحسن الثاني الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.26.94.67 / 05.22.27.80.76 - الفاكس: 05.22.22.08.76

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - Tél.: 05.22.27.80.76 / 05.22.26.94.67 - Fax.: 05.22.22.08.76

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



12 comprimés
dispersibles
1g

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.

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



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

إذابة القرص 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

دوليبران

بارا اسيطامول 1000 ملغ



Doliprane® 1000mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

أقراص

بوتي د

82 - معمر الكلازياريداس - مهن السنج - الدار البيضاء

س. البشوش - صيدلي مسؤول

b

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. **Réservé 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

MAR  C N°: 96/12 DMP/21/

Levothyrox[®] 50 µg comprimé sécable

Lévothroxine sodique

Voie orale

30 comprimés sécables

لنشرة قبل الإستعمال
الدواء في متناول ومراعاة