

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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

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.

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- 058674

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50047

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OKACHA KEBIR

Date de naissance : 1934

Adresse : OULED AZZOUZ Bloc 06 NR 35 OULFA Casablanca

Tél. : 0522 013087

Total des frais engagés : 743,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 03 2021

Nom et prénom du malade : BADRE ZAHRA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Crise d'asthme aigue

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) :

RELEVÉ 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
26/03/2021	S	-	150DH	Dr. KOURAICHI EL IDRISSI Iman Médecin

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED Loc 1 Unité 6 Oulad Azouz Casablanca - Tél : 05 22 65 86 08 INPE: 0921038M	26/03/2021	593,70

INPE: 0921038M

[illegible]

This is a scan of a blank page from a document. The paper has a light cream or off-white color. There are some faint horizontal lines near the bottom edge, possibly indicating the binding or the edge of the page. A dark vertical strip is visible along the left margin, likely representing the book's gutter or binding.

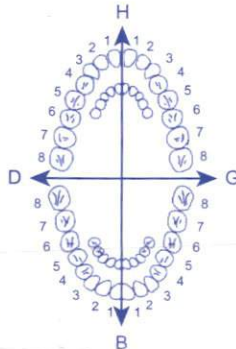
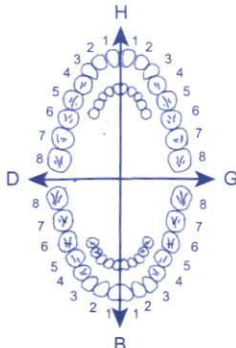
[illegible]

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

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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	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"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur
Imane KOURAICHI EL IDRISSE

Médecine Générale
Echographie Générale

Diplômée à l'Hôpital Universitaire Ibn Rochd
et Faculté de Médecine et de Pharmacie
Casablanca



الدكتورة
إيمان قرشي الإدريسي
الطب العام
الفحص بالصدى

خارجة المستشفى الجامعي ابن رشد
عيادة الطب و الصيدلة الدار البيضاء

Casablanca, le 26/03/2021

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot 1 Unité 6 Ouled Azouz
Casablanca - Tél : 05 22 89 71 79

Total
593,20

M^{re} BADRE ZAHAA

95,10 1) Eflexin 500
1 gélucap à midi / j Pdt 07 j

51,00 2) Bronchider sing
1 ca s x 3 / j après repa

22,70 3) rinomicine sachet

54,20 4) Tricep sachet x 2 / j
500

36,40 5) Keped 20 mg
4 cp le matin / j. IM 1 seule fois
Pdt 05 jours

79,80 6) Desyal 1 cp le soir / j Pdt 01.
mois

185,00 7) oxyflow 250
1 Bouffée x 2 / j Pdt 02 mois

69,60 8) Rinoclen 1 app x 2 / j
Rincer la bouche après utilisation

فرح السلام 2, إقامة أولاد عزور, GH2, عمارة 8, شقة 3 الطابق الأول جنان اللوز- الألفة- الحي الحسني

Farah El Salam 2, Résidence Ouled Azouz GH2, Imm 8, N°3 1^{er} étage(jnan louz) - Oulfa - Hay Hassani

Tél : 05 22 89 71 79

LOT : 200538
UT AV : Q3/2025
PPV : 95,00DH

51,00

PHARMAS LOT : 4724
UT.AV:10-23
PPV: 22DH70

54,20

PHARMAS LOT : 3363
UT.AV: 09-23
PPV : 36DH40

Per :
20268 05/2023
79,80

PPV 185.00 DH

RIACEN® 1% crème

Piroxicam

Composition :

Piroxicam
Excipients (dont propylèneglycol) q.s.p.

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams.

Indications :

Traitement symptomatique des états douloureux ou traumatique tels que arthrose, tendinite, entorse

Contre-indications :

RIACEN crème est contre indiqué en cas d'hypersensibilité à l'Aspirine et aux autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Effets indésirables :

Manifestations allergiques cutanées, photosensibilisation.
En cas de doute, signalez-le à votre médecin traitant.

Enfants de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau et des muqueuses.

Précaution d'emploi :

En cas d'irritation locale, arrêter immédiatement le traitement et installer un traitement symptomatique.

Eviter l'application de la crème sur les yeux, les muqueuses et sur les lésions de la peau.

Consultez votre médecin avant de prendre ce traitement en cas de grossesse.

Signalez tout autre traitement en cours à votre médecin traitant ou à votre pharmacien.

Enfants de moins de 15 ans : lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'usage de tout médicament.

Mode d'emploi et posologie :

Appliquer RIACEN® crème sur la région à traiter, 2 à 4 fois par jour en massage jusqu'à pénétration complète.

Formes et autres présentations :

RIACEN® 1% crème - Tube de 15 g et tube de 50 g

RIACEN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

RIACEN® 20 mg - Boîte de 20 gélules

RIACEN® 10 mg - Boîte de 20 gélules

Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de la chaleur.

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc