

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.

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.

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.

Dentaire :

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

Optique Maladie Dentaire Autres

6849

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8141 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MARRAKOUI TAOUFIQ

Date de naissance : 14-09-70

Adresse : Résidence AÏCHA DA Béni Hssen

Tél. : 0667051509 Total des frais engagés : 300+388,32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Jaâfar aicha Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bézoard

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 : 21/04/2021 Le : 23 AVR. 2021

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
22.4.21	S		300 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/2021	388,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the second row has 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; the third row has 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2; the fourth row has 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3; the fifth row has 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4; the sixth row has 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5; the seventh row has 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6; the eighth row has 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; the ninth row has 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; and the tenth row has 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Arrows point from the top row to the second, from the second to the third, from the third to the fourth, from the fourth to the fifth, from the fifth to the sixth, from the sixth to the seventh, from the seventh to the eighth, from the eighth to the ninth, and from the ninth to the tenth. Arrows also point from the left to the right and from the right to the left.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



ORDONNANCE 14977; Arch

99.00

برشید فی: Berrechid le:

7 Hydrochloric
200 ml x 4 fl (100 ml)

53,30

Yt of fey

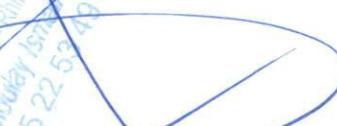
145.00

37 Tawauic ~~14~~ ¹⁴ Troy. x 5.1
36.00 ~~14~~ x 14.00

5500 1st & Main
S. whenever

✓ fidly case 19x3pp **S.V.** NOUSSIM 1949 8j

$$\Gamma = 388,30$$



87-شارع مولاي اسماعيل الطايفي، الثاني طرق حد اسوانم برشيد - الهاتف : 05 22 53 49 49

987, Bd. Moulay Ismail - 2^{ème} étage - Route de Had Soualem Berrechid - Tél : 05 22 53 49 49

TOTIFEN® 0,02 %

Kétotifène

53,30

TOTIFEN® KETOTIFENE

TOTIFEN® gélules

1,00 mg

-

-

1 gélule

bon goût.

TOTIFEN® sirop

0,0200 g

0,0333 g

0,0167 g

100 ml

Propriétés

Antianaphylactique, antiasthmatique et anti-allergique.

Le Kétotifène® bloque la sécrétion des mastocytes histaminiques et autres médiateurs chimiques anaphylactiques et exerce un effet prolongé inhibiteur sur les réactions histaminiques en cours.

L'administration du Kétotifène® permet :

- Une nette réduction des crises asthmatiques (durée et fréquence) et même leur complète disparition.
- Une thérapie antiasthmatique symptomatique.

Indications thérapeutiques :

- Prophylaxie à long terme de l'asthme d'origine allergique (y compris dans les formes mixtes), de la bronchite asthmatique et des syndromes à manifestations asthmatiques.
- Prophylaxie et thérapie de la rhinite allergique.

Contre-indications :

Nourrissons de moins de 6 mois.

55,00

ବ୍ୟାପକ

25 ମିନିଟ : ହିନ୍ଦୁ
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

BIMYLASE®

200 U.CEIP
3000 U.CEIP

ବ୍ୟାପକ କିମ୍ବା

ବ୍ୟାପକ କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

ବ୍ୟାପକ କିମ୍ବା
କିମ୍ବା
କିମ୍ବା
କିମ୍ବା

(E110) କିମ୍ବା କିମ୍ବା
(E217) କିମ୍ବା କିମ୍ବା
(E219) କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

କିମ୍ବା କିମ୍ବା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

BOTTU SA
PPV : 36DH00

Homéovox®

COMPRIMÉ ENROBÉ

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- *Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.*
- *Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.*
- *Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 2 jours, consultez un médecin.*
- *Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.*

Dans cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** ?
- 3- Comment prendre **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **HOMÉOVOX, comprimé enrobé** ?
- 6- Informations supplémentaires

1- QU'EST-CE QUE HOMÉOVOX, comprimé enrobé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les affections de la voix : extinction de voix, enrouement, fatigue des cordes vocales.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE HOMÉOVOX, comprimé enrobé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais HOMÉOVOX, comprimé enrobé :

En raison du risque de fausse route, ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans.

Faites attention avec HOMÉOVOX, comprimé enrobé :

- En raison de la présence de saccharose, ce médicament est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase-isomaltase (maladies héréditaires rares).
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares).
- Compte tenu de la présence d'HEPAR SULFUR 6 CH dans la formule, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'otite ou de sinusite sans avis médical.