

# 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## aladie 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0020698

86892

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1060

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAKHLOUKI AHMED

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : HAY DOUMA 95 RUE 10 N° 41 S/M

Tél. : 06 41 61 0834

Total des frais engagés : 718 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24.10.2021

Nom et prénom du malade : DAIGUOUA AYSSA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA / DMID

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 : 06.10.21

Le : 06.10.21

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
07/01/2019	Consultation	1	100.00	CHIRURGIE GENERALE Dr. [Signature]
10/01/2019	Consultation	1	100.00	CHIRURGIE GENERALE Dr. [Signature]
11/01/2019	Consultation	1	100.00	CHIRURGIE GENERALE Dr. [Signature]
12/01/2019	Consultation	1	100.00	CHIRURGIE GENERALE Dr. [Signature]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-10-21	618.60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur EZZAKI Hassan

الدكتور الزاكى حسن

Diplômé du Centre Hospitalier

Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Interne de l'Hôpital Mohammed V

et Service des Urgences

Médecine Générale

Diplôme en Echographie

خريج المركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفى محمد الخامس

قسم المستعجلات

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le :

٠٤/١٢/٢١

الدار البيضاء، في

203,0 x 2 COTAREG 160 mg 125  
 11 COTAREG 160 (72,51 (2))  
 64,10  
 21 Pisopramate  
 22,70  
 3 Rivotril 1 mg 28  
 55,40  
 21,20 x 2 Sotafem 20 mg 4  
 21,20 x 2 28,00



DES ENFANTS

LOT: 21896  
 PER: 11/22  
 PPV: 64,10 DH

6 - سيدى مومن الجديد - الدار البيضاء - المغرب : 06 61 06 28 80

265, Bd. Lalla Asmaâ - G 6 - Sidi Moumen Jdid - Casablanca - Tél. : 05 22.71.05.39 - GSM : 06 61 06 28 80

28.0

SL

Għie lu f'għejja (AN)

618.6

الدكتور حسن - EZZAKI Hassan  
Medecine Generale -  
B. clinique Echographie  
بيان عن المريض  
اسماء مرضي من الحبيب  
0522 71 05 39  
06 105 23 60

مخبرات الصيدلية فارما 5  
ياسمين الحلوقيلاي صيدلي مسؤول

22.20



SURGAM 200MG  
CP SEC 1/20  
P.P.V : 55DH40  
LOT : 21E006  
PER: 01/2024  
6 118000 060857

# INDOPHARM

Indométacine

21,20

## Composition :

### Voie orale :

- Gélules dosées à 25 mg	
Indométacine .....	25 mg
Excipient q.s.p .....	1 gélule

### Voie rectale :

- Suppositoires dosés à 50 mg	
Indométacine .....	50 mg
Excipient q.s.p .....	1 suppositoire
- Suppositoires dosés à 100 mg	
Indométacine .....	100 mg
Excipient q.s.p .....	1 suppositoire

## Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des indoliques, doué de propriétés antalgiques et antipyrrétiques. Indopharm® est un inhibiteur de la synthèse des prostaglandines. Il possède une activité inhibitrice sur l'agrégation plaquetttaire.

## Indications :

- Polyarthrite rhumatoïde
- Arthrose
- Spondylarthrite ankylosante
- Périarthrite scapulo-humérale
- Tous les syndromes inflammatoires : gynécologiques, odontostomatologiques, orthopédiques et des suites opératoires.

## Contre-indications :

- Enfant en bas âge
- Femme enceinte ou en période d'allaitement
- Ulcères gastro-duodénaux
- Allergies aux indolés et aux salicylés
- Précautions en cas de traitement anticoagulant

## Posologie :

### Voie orale

25 mg 3 fois par jour en général jusqu'à un maximum de 150 à 200 mg par jour en doses fractionnées.

### Voie rectale :

Suppositoires à 50 mg : 1 suppositoire 2 à 3 fois par jour  
Suppositoires à 100 mg : 1 suppositoire 1 à 2 fois par jour

## Présentation :

### Indopharm® gélules :

- Boîte de 30 gélules dosées à 25mg d'indométacine

### Indopharm® suppositoires :

- Boîte de 10 suppositoires dosés à 50 mg d'indométacine
- Boîte de 10 suppositoires dosés à 100 mg d'indométacine

Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

# INDOPHARM

Indométacine

21,20

## Composition :

### Voie orale :

- Gélules dosées à 25 mg	
Indométacine .....	25 mg
Excipient q.s.p .....	1 gélule

### Voie rectale :

- Suppositoires dosés à 50 mg	
Indométacine .....	50 mg
Excipient q.s.p .....	1 suppositoire
- Suppositoires dosés à 100 mg	
Indométacine .....	100 mg
Excipient q.s.p .....	1 suppositoire

## Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des indoliques, doué de propriétés antalgiques et antipyrrétiques. Indopharm® est un inhibiteur de la synthèse des prostaglandines. Il possède une activité inhibitrice sur l'agrégation plaquetttaire.

## Indications :

- Polyarthrite rhumatoïde
- Arthrose
- Spondylarthrite ankylosante
- Périarthrite scapulo-humérale
- Tous les syndromes inflammatoires : gynécologiques, odontostomatologiques, orthopédiques et des suites opératoires.

## Contre-indications :

- Enfant en bas âge
- Femme enceinte ou en période d'allaitement
- Ulcères gastro-duodénaux
- Allergies aux indolés et aux salicylés
- Précautions en cas de traitement anticoagulant

## Posologie :

### Voie orale

25 mg 3 fois par jour en général jusqu'à un maximum de 150 à 200 mg par jour en doses fractionnées.

### Voie rectale :

Suppositoires à 50 mg : 1 suppositoire 2 à 3 fois par jour  
Suppositoires à 100 mg : 1 suppositoire 1 à 2 fois par jour

## Présentation :

### Indopharm® gélules :

- Boîte de 30 gélules dosées à 25mg d'indométacine

### Indopharm® suppositoires :

- Boîte de 10 suppositoires dosés à 50 mg d'indométacine
- Boîte de 10 suppositoires dosés à 100 mg d'indométacine

Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.