

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 3 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : 1624 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AKRAM ABDELMAJID

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : LOT LA INOUNE NR 469 - CASA-

Tél. : 05 22 93 20 94 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellahim ATAHD
Neuro-Psychiatre
75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilee)
Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

Date de consultation : 1 OCT 2021

Nom et prénom du malade : AKRAM ASMA Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie : Psychotique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Société Sociale d'Assurance Taha Houcine

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle. Tel: 0522 20.70.91/20.61.41

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BEACH Le : 21/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : AKRAM ASMA

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
11/06/2021	SAR	3 Mf	400,-	INP : 353524 82 34 Docteur Abdellah OTALIC Neuro-Psychiatre 75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilée) 06 20 70 91/20 61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE 14-MS S. & L. Casablanca	11/10/2021	AF 83, 80 42, 70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D -----+----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[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'EXÉCUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

الدكتور عبد الحليم عطارد

NEURO-PSYCHIATRE

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

Expert diplômé de

خبير خريج

L'Université René Descartes (Paris)

جامعة رونى ديكارت (باريس)

Casablanca, le

11 OCT. 2021

الدار البيضاء، في

AKRAM

Assia

291.00 x 4

1) 7.25 x 6 = 43.50

13.80 x 6 = 82.80

2) 4.50 x 6 = 27.00

32.90 x 6 = 197.40

56.60 x 6 = 339.60

4) 8.00 x 6 = 48.00

1783.80

Total part 3 days

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue TAHA Housine (ex.rue galilée)
Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

MEDIZAPIN®

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 043

PER : JUN 2023

PPV : 291 DH 09

Cipla Maroc

MEDIZAPIN®

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 043
PER : JUN 2023
PPV : 291 DH 09

CiplaMaroc

MEDIZAPIN®

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 043
PER : JUN 2023
PPV : 291 DH 09

Cipla Maroc

MEDIZAPIN®

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 043
PER : JUN 2023
PPV : 291 DH 09

Cipla Maroc

PHARMACIE CHEMS / CASABLANCA
 ASSALAM II IM 4 GH 8 LISSASFA
 ICE: 0004906620000065
 RC: 318708 IF: 50821130 PAT: 36215310
 INPE: 092018704 TEL: 0522893988

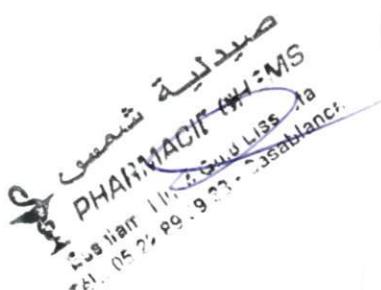
12/10/2021

F A C T U R E N° 99

CLIENT : AKRAM ABDELMAJID

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	BAYCUTENE CREME	22.70	22.70
2	AUREOMYCINE PDE.OPH.TB/4 GR	10.00	20.00
MONTANT FACTURE			42.70

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 QUARANTE DEUX DIRHAMS 70 CTS





Baycutène® N

Crème

Formes et présentations

Baycutène® N crème : tube de 15 g de crème pour application locale.

Composition

Baycutène® N, crème pour application locale.

100 g de crème contient 1 g de clotrimazole et 0,0443 g d'acétate de déexaméthasone (soit 0,04 g de dexaméthasone).

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylique, triglycérides à chaîne moyenne, Hostaphat KW et l'eau purifiée.

Classe Pharmaco-thérapeutique

Association d'un corticostéroïde et d'un antifongique imidazolé à large spectre d'action.

Anti-eczémateux.

Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les affections cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylique et à ses autres composants,
- Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose, leishmaniose),
- Infections cutanées d'origine virale (herpes, zona, varicelle),
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite péréibuccale,
- Pansement occlusif en cas d'eczème atopique ou atopique de contact,
- Durant le premier trimestre de la grossesse. Pendant le reste de la grossesse ainsi que chez l'allaitante, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur des zones étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas non plus être appliqué sur le sein allaitant.

LOT

PER

PPV

22/20

10,00

10,00

