

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 6 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.

N° W21-620062

Medicament mis

109466

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <i>19569</i>		Société : <i>RAM</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>IFRIQUINE ISMAIL</i>
Nom & Prénom : <i>IFRIQUINE ISMAIL</i>		Date de naissance : <i>28/02/1987</i>	
Adresse :			
Tél. : <i>0661 078502</i>		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Nouzha TROMBATHI Professeur de Pneumophtisiologie et Allergologie 04, Bd. Abdelmoumen El Hachemi Casablanca</i>			
Date de consultation : <i>25/02/2022</i>			
Nom et prénom du malade : <i>IFRIQUINE ISMAIL</i> Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Toux récidivante + RG</i>			
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) : 

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
20/2/22	93	3500	3500	INP Professeur de Pneumopneumologique Dr. Nuzha TROMARAT 104, Bd. Habib Bourguiba Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/2/22	80,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur Nouzha TROMBATI

**Professeur Universitaire de
Pneumo-Phtisiologie**

Maladies Respiratoires - Tuberculose
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتورة نزهة طرباطي

أستاذة جامعية إختصاصية

في أمراض الصدر و الجهاز التنفسى
داء السل - أمراض الربو والحساسية
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية
التنفسى القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le

25/2/2022 الدار البيضاء، في

نف إفريقيا إسماعيل

1) Ixor 400 mg
14/1 + jour x 14j

2) Ipp gel 20 mg
1 gel / le soi x 14j

3b, b3) Célestene 2 mg
S.V. sup / le matin après
pt dej x

(ce jour : à prendre
dejeuner)

Pharm
50-Avenue Rive B
Al Aoudia - Al Mahassini
Casablanca - 1er Quartier Racine
Tél : 05 22 38 94 56

104, Bd. Abdelmoumen, 1er Etage N° 4 - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99

06 63 01 55 99 / 05 22 25 25 35 - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس :

Email : trombati066@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

Avec Hervé Bleue
50, Avenue Tahassine
Al Arches, Casablanca
Casablanca - Tél : 05 22 98 94 56

DR. ABRAHAM TROMBATI
Professeur de pneumophysiologie
et allergologie
104, av. Adolphe Maréchal, 1er étage n°
Casablanca - Tel.: 05.22.23.25.22

5 مغ

Xycet® 5 mg

Composition :

Lévoxétirizine dihydrochloride ... 5 mg

Excipients (dont lactose): q.s.p. 1 comprimé

Voir la notice pour plus d'informations

Xycet® 5 mg
Lévoxétirizine dihydrochloride
15 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242659

كزيست®

ليفوكسيتيريزين ثناي هيدروكلوريد

عن طريق الفم

15

قرص مغلف

Ne pas dépasser la dose prescrite

للمريض

Uniquement sur ordonnance

للمريض

Liste II (Tableau C)

للمريض

Fabriqué par :

PROMOPHARM S.A.

21, du Bahel, Had Soualem - Maroc

44,00

Composition : bétaméthasone

2,00 mg pour un comprimé.

Excipients à effet notable : aspartam
(E951), lactose.

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

20 comprimés

2 mg

20 comprimés

2 mg

سلستين®
2 ملغم.

أقراص

سريعة الانتشار وقابلة للكسر

بيتا ميتازون

عن طريق الفم
للkids



MSD France

10-12 Cours Michelet
92800 Puteaux

Sous licence de MSD France

Fabriqué et distribué par:



PHARMACEUTICAL INSTITUTE
OUM AZZA, BP 4491,
h.i 12100 AÏN AOUADA, MAROC.

Célestène® 2 mg

comprimé
dispersible sécable



UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET
DE LA VUE DES ENFANTS

PL
PER
431
AUT
36
DH
60

