

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

- 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.

N° W19-486073

AS 3836

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

831

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL HADDAOUD Med

Date de naissance :

1935

Adresse :

27 Jourri N° 9 Tabriquet Salé

Tél. 6664110693

Total des frais engagés : 1182,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. AYENBI LAAROUSSI

54, Résidence Rizk Allah
Avenue Wali Al Ahd
Diar - Salé Medina
Tél. 05 37 78 23 11

Date de consultation :

23.02.2013.

Nom et prénom du malade :

El Ahouar

Age : 1961

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gout + leucemie

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 : / /

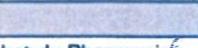
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
25/02/2023 25	US		200	INP : 101135312 Dr. Abdennabi LAAROUSSI 54, Résidence Rizk Allah Avenue Wali Al Ahd Pier, Salé Medina

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL MOUAHIDINE Hay Al Mehdi Ben Tounate N° 9 Tel: 037 86 09 68	23/02/2023	684.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02/27	02/27/2003		DI Abdenbi 54 Avenue de l'Argonne Residence Villa Bleue Dial: 06 31 18 23 11 Tél: 06 31 18 23 11

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		H <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Huile
FLEXANAT®

À base de plantes

Huile
FLEXANAT®

À base de plantes

79,00

22,00

22,00

NOT : 20100
PER : 05/24
PPV : 144,30 DH

**T 20 mg
éprazole]
s en boîtes de 7,14 et 28**

de cette notice avant de prendre ce médicament important pour vous.
ir besoin de la lire.
ez plus d'informations à votre médecin
lement prescrit. Ne le donnez pas à
re nocif, même si les signes de leur
rave ou si vous remarquez un effet
dose, parlez-en à votre médecin ou à

gélule gastro-résistante ET DANS

[ATC : A02BC01.

active Oméprazole. Il appartient à la surs de la pompe à protons. Il diminue lomac.

affections suivantes :

odéaux.

triques propries, éradication de *Helicobacter* use gastroduodenale.

inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-

inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.

Traitement de l'oesophagite par reflux.

Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.

Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.

Enfants à partir d'un an et ≥ 10 kg :

*

*

Traitement de l'oesophagite par reflux.

Traitement symptomatique du pyrosis et des réurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

Enfants de plus de 4 ans et adolescents :

Association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *H.pylori*.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

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

Ne prenez jamais KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante :

dans ce médicament.

• Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple Pantoprazole, Lansoprazole, Rabiprazole, Esméprazole);

• Si vous prenez un médicament contenant du Nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH);

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou votre infirmier/ère avant de prendre KALEST.

KALEST peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commencez à prendre KALEST ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

• Si vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.

• Si vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.

• Si vous vomissez de la nourriture ou du sang.

• Si vous avez des selles noires (teintées de sang).

• Si vous souffrez de diarrhée sévère et associée à une faible augmentation de di-

• Si vous avez des problèmes hépatiques

• S'il vous est déjà arrivé de développer avec un médicament similaire à KALEST

• Si vous devez faire un examen sanguin au long-cours (s-médicament vous surveillera probablement d'médicin vous surveillera précisément tous les symptômes et évènements quand vous voyez votre médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons pour une période supérieure à un an, peut entraîner une fracture de la hanche, du poignet ou du bras, ou vous souffrez d'ostéoporose ou si vous augmentez le risque d'ostéoporose.

Si vous avez une éruption sur la peau, au soleil, prévenez votre médecin dès

peut-être arrêter votre traitement avec KALEST ou autre effet indésirable tel

l'utilisation de ce médicament est dépendante d'une intolérance au fructose, un syndrome galactose ou un déficit en sucrase/isoamylase. Ce médicament contient du méthyl p

provoquer des réactions allergiques Enfants et adolescents

Certains enfants atteints d'une maladie traiter à long terme bien que cela n'empêche pas ce médicament aux enfants de n

Autres médicaments et KALEST 20 mg

Informez votre médecin ou pharmacien pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

KALEST peut interagir sur le fonctionnement de certains médicaments peuvent avoir un effet sur Voulez-vous prendre KALEST, Vous ne devrez pas prendre KALEST, du Nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH). Vous devrez informer votre médecin

médecins suivants :

• Kétoconazole, Itraconazole, Posaconazole ; Diazepam ; Alazanavapir ; Saquinavir ; Millepertuis (*Hypericum perforatum*) ; Phénotone ; si vous prenez de la

médecin sera nécessaire au début et fin de votre traitement avec KALEST pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

• Médicaments anticoagulants pour autres anti vitamines K ; une surveillance au début et à l'arrêt de l'administration Méthotrexate – si vous prenez une

peut temporairement arrêter votre traitement avec KALEST pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

• Médicaments anticoagulants pour autres anti vitamines K ; une surveillance au début et à l'arrêt de l'administration Méthotrexate – si vous prenez une

peut temporairement arrêter votre traitement avec KALEST pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

• Médicaments anticoagulants pour autres anti vitamines K ; une surveillance au début et à l'arrêt de l'administration Méthotrexate – si vous prenez une

peut temporairement arrêter votre traitement avec KALEST pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

• Médicaments anticoagulants pour autres anti vitamines K ; une surveillance au début et à l'arrêt de l'administration Méthotrexate – si vous prenez une

peut temporairement arrêter votre traitement avec KALEST pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

• Médicaments anticoagulants pour autres anti vitamines K ; une surveillance au début et à l'arrêt de l'administration Méthotrexate – si vous prenez une

peut temporairement arrêter votre traitement avec KALEST pourriez prendre tout autre médicament que vous achetez sans ordonnance.

**LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 75.00DH**

1.1

Q1

Ch

Int

K1

clia

Ins

K2

Ad

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

Docteur A LAAROUSSI

Ex chirurgien Spécialiste en France

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Diplôme : Orthopédie Traumatologie NANCY

Diplôme : Chirurgie générale STRASBOURG

Diplôme : Médecine légale Univ PARIS V

الدكتور عبد النبي لعروسي

جراح اخصاصي سابق بفرنسا في

جراحة تقويم العظام والمفاصيل

دبلوم في جراحة العظام والمفاصيل بناتي

دبلوم في الجراحة الباطنية ستراسبورغ

دبلوم الطب الشرعي و الخبرة باريز فرنسا

Salé le

23.02.2023.

général dr

goat attack

onoraires:

Rec = 200 ₣₴

إقامة رزق الله ، شارع ولحي العهد لغربية قرب محطة القطار سلا المدينة الهاتف 061.07.60.99 ≈ 037.782.311

54 , Résidence Rizk Allah , Avenue Wali Al Aahd .Laghrablia (Prés de la gare Salé Médina) Sale.

Dr. Abdennabi LAAROUSSI
54. Résidence Rizk Allah
Avenue Wali Al Ahd
Diar - Salé Medina
Tel: 05 37 78 23 11