

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-787734

ASSOGE



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 8784

Société : RAM -

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MERZAK RACHID -

Date de naissance : 25/05/1969

Adresse :

Tél. : 0642112246

Total des frais engagés : # 966,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MERZAK MAMOLIN Age: 15 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

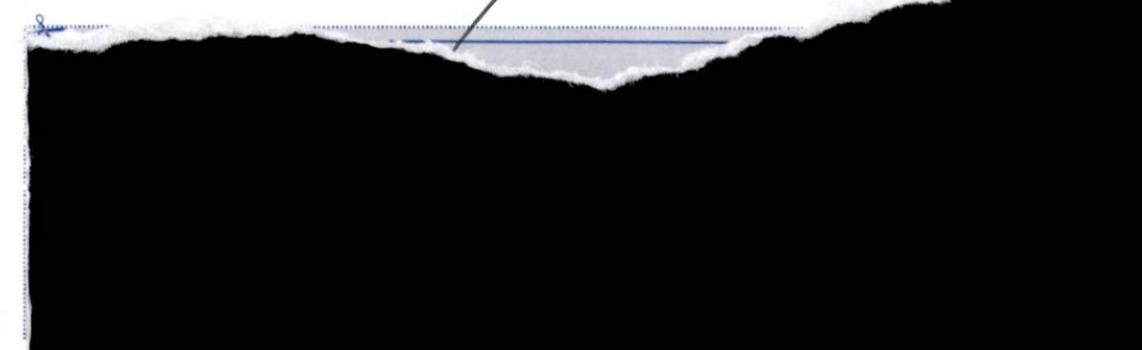
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca -
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2023



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
16/08/2023	C2 + aux 2 caps		11.000,00	INP : 091262154. DR. USHA RIA KADI MD Hépato Gastroentérolog Tel: 06 29 99 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ICHRACKENTER PARAPHERMACE ot. Diamant 26, 10000 N°7 Tissasfa Tunisie - Tel: 05 30 12 93 11 e-mail: pharmacie@gmail.com	16/10/23	566,70

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 de l'ODF

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 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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'EXECUTION

Dr USHAKOVA KADI Maria

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
& Proctologie

Diplôme de la faculté de Médecine de
L'Université d'État Lomonossov de Moscou

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd de
Casablanca



الدكتورة أوشاكوفا قاضي ماريا

اختصاصية في أمراض الكبد
و الجهاز الهضمي

دبلوم كلية الطب بجامعة
موسكو

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى
الجامعي ابن دشد بالدار البيضاء

Casablanca, Le 16/02/2023

ORDONNANCE

Mr MERZAK Mamoun

57,10

1. Brexin 20 mg 1 fois/jour pdt 3 jours

57,50

2. Hemofast suppo+crème 1 suppo enrobé en crème x 2
fois/jour pdt 6 jours, puis

73,50

4. Forlax sachets 1 sachet le matin avec grand verre d'eau
pdt 2 semaines

(en cas de constipation persistante augmenter à 2 sachets le matin
en 1 prise; en cas de diarrhée, suspendre le traitement jusqu'à
régression de la diarrhée, puis reprendre en diminuant la dose: 1
sachet tous les 2 jours)

201,00 x 2

5. Daflon 1000

S.V

1 cp x 3 fois/jour pdt 4 jours, puis
1 cp x 2 fois/jour pdt 3 jours, puis
1 cp x 1 fois/jour pdt 1 mois

T=566,70

Dr. USHAKOVA KADI Maria
Hépato Gastroentérologue
Tel: 06 68 29 39 09

Sachet

S.V

Tel: 06 68 29 39 09

Hépato Gastroentérologue

Dr. USHAKOVA KADI Maria

Hépato Gastroentérologue

IMAN CENTER Rue Arrachid Mohamed, Étage 7^{ème}, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)

CASABLANCA 20110 Maroc

مركز إيمان زنقة الرشيد محمد (زاوية شارع الجيش الملكي) الطابق 7، رقم 2 - الدار البيضاء

+212 5 22 31 53 48 (URGENCE +212 6 68 29 39 09) @ dr.ushakova.kadi@gmail.com



PPV:

Lot N:

EXP:

chiesi



PROMOPHARM S.A.

10 sachets

Brexin® 20 mg

علی ۱۰

پارسیان ۹۹/۰۱/۰۱
پارسیان ۹۹/۰۱/۰۱بیکاری
۲۰ جی‌تی‌دی‌تی**Brexin® 20 mg**Piroxicam- β -cyclodextrine

10 sachets

۰۹ ۰۸ ۰۹
FEB JUL 24
PPIV 57 DH10

forlax®
10g

Macrogol 4000

Exp : 04/2025
LOT : M09812

maphar

Boulevard Alkira n°6
Quartier Industrie Sidi Bennouss Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73.50 DH



6118001181193

SYMPTOMATIC TREATMENT OF CONSTIPATION

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT



Child aged 8 years and over
Adult



20 sachets

1066328

daflon® 1000 mg

daflon® 1000 mg
Fraction flavonoïque purifiée micronisée

حبة واحدة فموياً في
اليوم لمدة 14 يوم
من بعد حبة واحدة فموياً
في اليوم لمدة 3 يوم

من بعد حبة واحدة
في اليوم لمدة شهر

لليوم ٣٠

ج. ١٦٠٠ د. ٣٠

daflon® 1000 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

Composition :
Fraction flavonoïque purifiée, micronisée :
1000 mg quantité correspondant à :
• diosmine : 900 mg
• flavonoïdes exprimés en hespéridine : 100 mg
Exipients : q.s.p. un comprimé.

التركيب الدافلونيك: الدافلونيك: 1000 ملجم كبسولة تابلت:
جرعات: 900 ملجم: 100 ملجم:
• دافلونيك: بعضاً من اليسيرين: 100 ملجم:
السرار: الكبسولة الكافية للمرض الراحت.

daflon® 1000 mg

daflon® 1000 mg
Fraction flavonoïque purifiée micronisée

حبة واحدة فموياً في
اليوم لمدة 14 يوم
من بعد حبة واحدة فموياً
في اليوم لمدة 3 يوم

من بعد حبة واحدة
في اليوم لمدة شهر

لليوم 30

ج. ١٦٠٠ ج. ٣٠

daflon® 1000 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

Composition :
Fraction flavonoïque purifiée, micronisée :
1000 mg quantité correspondant à :
• diosmine : 900 mg
• flavonoïdes exprimés en hespéridine : 100 mg
Exipients : q.s.p. un comprimé.

التركيب الدافلونيك. الدوائية: 1000: ملجم كبسولة تابلت:
جرعات: 900: ملجم: 100: ملجم:
• دافلونيك: بعضاً من الستيرين: 100: ملجم:
السران: الكافية الكافية للمرض الرجال.

سنت



ملاجئ

نـجـمـةـ الـمـلـمـنـ



Laboratoires **SYNTIMEDIC**
20-22, Rue Zoubeir Benou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

احذر من الملاجئ
نـجـمـةـ الـمـلـمـنـ

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES

Hemofast®

Pommade Rectale



Hemofast®
Pommade

19,60

351063

Composition :

Chlorhydrate de cinchocaine..... 0,50 g
Hydrocortisone 0,50 g
Excipients q.s.p. 100 g
Tube de 10 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

**Mode d'administration, Indications,
Contre-indications, Mises en garde,
Précautions d'emploi :** Voir notice

02/18
SYNTIMEDIC

سنت



سنت

نـجـمـةـهـمـدـيـهـ



Laboratoires **SYNTIMEDIC**
20-22, Rue Zoubeir Benou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

احذر من المخاطر
نـجـمـةـهـمـدـيـهـ

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES

Hemofast®

Pommade Rectale



Hemofast®
Pommade

19,60

351063

Composition :

Chlorhydrate de cinchocaine..... 0,50 g
Hydrocortisone 0,50 g
Excipients q.s.p. 100 g
Tube de 10 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

**Mode d'administration, Indications,
Contre-indications, Mises en garde,
Précautions d'emploi :** Voir notice

02/18
SYNTIMEDIC