

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.

M23-004243

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------|
| Matricule : | 1214 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 162191 |
| Nom & Prénom : | | Eloizani Azzouz | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : | Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | 21/04/2023 | Nom et prénom du malade : | Mr El Oizani Azzouz |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | ALD | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| att. 04 2023 | 6036 | 6 | 6 | <i>DR. P. JABIR Hamza Radiologue Radiothérapeute N° 14, 3ème étage, Bd. Abdelmoumen, 445A, Résidence Rida, Casablanca, INPE - 09123692</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE AL DUSTANE Houda BELHOUCINE 580, Bd Ibn Sina Derb El Widad Hay Hassani - CASABLANCA. Tél. : 05 22 90 33 77</i> | 21/04/93 | 484,90 |
| <i>PHARMACIE AL DUSTANE Houda BELHOUCINE 580, Bd Ibn Sina Derb El Widad CASABLANCA</i> | 21/04/93 | 87,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

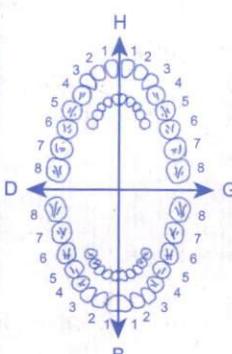
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et/ou 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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| MONTANTS DES SOINS | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DEBUT D'EXECUTION | | | |
|-------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| FIN D'EXECUTION | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

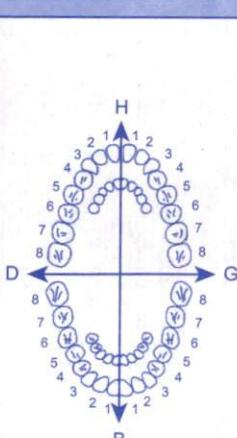
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| MONTANTS DES SOINS | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DATE DU DEVIS | | | |
|---------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DATE DE L'EXECUTION | | | |
|---------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIOTHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO.HEMAТОLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLoGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

27/04/23

1. Elseid 100%
357,00



357,00

2. anastase 6 → 6



18,30

14,88



3. clapam 100%

160,36



82,10



4. Eugel 6 → gel



27,50

1 gel / j



4. Dical 100%

1 gel / j



484,901 suppl. / le Mois

Dr. JABRI
Radiologue - F
Néoplasie Ryad Al
Boucane Etagé 1
Casablanca - Maroc

Dr. JABRI
Radiologue - F
Néoplasie Ryad Al
Boucane Etagé 1
Casablanca - Maroc

27,50

PPV 18DH30 EXP 08/2025
LOT 290372



OSLET
LOT 0107004
EXP 11/24
PPV 357DH00

ticulés

82,10

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Patient: EL OIRDI AZZOUR

Date: 04-04-2023

51, 40



PHARMACIE ALBOUSSAME
Tunisie - 1000 Sfax - 33351
Tunisie - 22000 Casablanca
Tunisie - 22000 Sfax - 33351
Tunisie - 22000 Casablanca

NR 0053



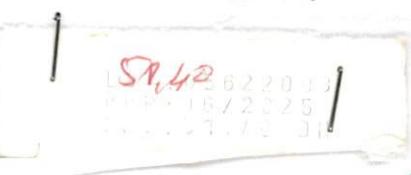
Dr. JABIR Hamza
Oncologue - Radiothérapeute
N° 14, 3^e Etage, Ryad Abdelloumen, 44500
Casablanca - INPE - 09223692

- SEPCEN 250 mg Cp
 - o 1 cp x 2/j Per Os Pdt 05 jours.

51, 40

- Changement du pansement tous les 03 jours et ablation des fils dans 10 jours.

Docteur HABIB BELKADI
Anesthésiste Réanimation
Traitement de la Douleur
Spécialiste Le Littoral
Casablanca Tél: 0520 66 68 90/91/92
Fax: 0522 79 42 22



MYANTALGIC®

(Tramadol-Paracétamol)

الجرعات

FORMES PHARMACEUTIQUES

- Comprimés pelliculés, boîte de
- Comprimés effervescents, boîte

COMPOSITION

Comprimé pelliculé

Tramadol chlorhydrate

Paracétamol

Excipient q.s.p

Comprimé effervescent

Tramadol chlorhydrate

Paracétamol

Excipient q.s.p

CLASSE PHARMACOTHERA-

Antalgique de niveau II.

DANS QUELS CAS UTILISER

Douleurs modérées à intenses

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER

Ce médicament ne doit pas être utilisé

- Hypersensibilité connue au tramadol

- Intoxication aiguë ou surdosage

- Hypnotiques, autres analgésiques

- Traitement simultané ou récent

- Insuffisance hépatocellulaire

- Insuffisance rénale sévère (clairance de la uridine)

- Insuffisance respiratoire sévère.

- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.

- Grossesse et allaitement

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion)
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

MYANTALGIC®

20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg
Pelliculés



6 118000 033080

37,50 mg

325,00 mg

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

EXP 12/2024
LOT 2K032 3

PPV 30DH00