

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.

187672

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2791 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MORSLI Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LOT Tadamoune Rue 5 N° 4 El Oulfa

éara -

Tél. : 0661959386 Total des frais engagés : - 670,00 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr FOUNAD Lalla
Médecin Général
Lot Antaum Imm, A20 N°3 Oujd
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 32 /

Date de consultation : 09 OCT 2023

Nom et prénom du malade : Zalidi Ilhane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Oxychonavagite Preob. 02.

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 : casab

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 05/12/2023

ACCUETIL

AL DEC 2023

MUPRAS

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
05/06/2017	2017 C	-	150,-	091035568 INF. 2017 Médecin Généraliste Annalise Imml. 2017 BLANCA Tél. 03 22 11 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Courrier	Date	Montant de la Facture
	09/11/23	520.100DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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	$\begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline & 00000000 & 00000000 \\ D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ B & & \end{array} G$
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في: ٢٥ | ١٠ | ٠٩
Casablanca, le : ٠٩ | ١٠ | ٢٥

Zahidi Ibh.

~~199100~~ — Taf — 250 }
— 00100 — 17 NS)
lett de
laus

~~3211~~ - Loceryl. NS W 15. } th de 03 mois

LOCERYL 5%
 Vernis à ongles médicamenteux
 Flacon de 2,5 ml
 AMM N° 07 DMP/21/NCN
 PPV:321.00 DH
 Distribué par SOTHEMA
 B.P.N° 1.27182 Bouskoura - Maroc

15 520,00 014

A20، تجزئة النعيم، شقة 3 - الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 06 66 26 70 60 - 05 22 91 32 44

TERFINE 250mg PROMOPHARM®

Terbinafine

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre maladie et votre médicament.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez demandé plus d'informations à votre médecin ou pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

TERFINE 250mg PROMOPHARM®, Comprimé.

Composition :

Terbinafine (DCI) 250,00mg

Sous forme de chlorhydrate de terbinafine 281,28mg

Excipients : Carboxyméthylamidon sodique (type A), cellulose microcristalline, hypromellose, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Forme pharmaceutique :

Comprimé. Boîtes de 7 ; 14 et 28.

2. QU'EST-CE QUE TERFINE 250MG PROMOPHARM® COMPRIME ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE?

Classe pharmaco thérapeutique :

Agent oral antifongique.

Indications

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections provoquées par des champignons de la peau et des ongles.

3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAIRE AVANT DE PRENDRE TERFINE 250MG PROMOPHARM® COMPRIME?

Ne prenez jamais ce médicament dans les cas suivants :

- Allergie connue à la terbinafine ou à l'un des constituants,
- Maladie grave du foie,
- Maladie grave des reins.

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin en cas d'allaitement.

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

Faites attention avec TERFINE 250mg PROMOPHARM® comprimé :

Mises en garde spéciales :

Il est nécessaire D'ARRÊTER IMMÉDIATEMENT LE TRAITEMENT et de consulter le plus rapidement possible un médecin ou un service d'urgence en cas :

- d'éruption de pustules blanchâtres caractérisée par la survenue brutale d'un érythème associé à une fièvre,

2 7 2 3 1
3 1 7 2 5
1 9 9 0 8 3

199,00

sséminée ou

geaison), de
importante,
nisse).

hépatique :

n'est pas

Dans de rares cas, ce médicament peut provoquer une altération ou une perte réversible du goût.

Ce médicament est déconseillé chez les personnes utilisant leur goût à des fins professionnelles.

EN CAS DE DOUCE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.
(En particulier : traitements antituberculeux).

Interaction avec les aliments et les boissons

Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse et l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines

Sans objet.

Liste des excipients à effet notable

Sans objet

4. COMMENT PRENDRE CE MEDICAMENT?

Instructions pour un bon usage

Sans objet

Posologie :

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

- IL NE PEUT ÊTRE ADAPTE A UN AUTRE CAS,
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DU MEDECIN.