

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-439995

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11985

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KADMIRI HIND

Date de naissance : 06.12.1978

Adresse : LA PERLE DE NOUACEUR IMBOLY APT21

CASABLANCA 27600

Tél. : 0661238098

Total des frais engagés : 552 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2019

Nom et prénom du malade : KADMIRI

Age : 40 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 OCT. 2019

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

Le : 09/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : HIND

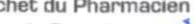
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Meryem PYAACH'E ZOUNI 1968	97/09/19	309.10

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
		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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre

Surdité, Ronflement et Allergie ORL

Acouphène, Pathologie de la voix,

Goitre



د. سنتاء الغازي

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن

تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية

طنين الأذن، اضطراب الصوت،

الغدة الدرقية

Le. 27/09/19

Pharmacie MA PERLA
Dr. Meryem AYACH El ZOUNI
Perles de Nour 14 N° 14 N
Tél: 0522 52 11 88

Kadmiri Hind

16,00

1) Propolis

pufu nasal.

1 pufu

41 - Pst 1wrs

2) Budens

pufu nasal

: 2 pufu - 01 - do chag FN Pst 3se an
2 pufu 1 J 6 matin do chag FN Pst 3se an

149,00

3) Anaprox long op.

391 J 6 matin Pst 01js

57,10

4)

Flibron sirop

dcas x 31 J Pst 10js

5) Augmentin

3g sachet: 1 s x 31 J Pst 08js

302,10

Dr. Sanae LRHAZI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim
Imm. 7, Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: +212 522 78 00 88

Adresse : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm N°7, Appt 3, 1^{er} étage -
Sidi Maarouf - Casablanca -

Tél : +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

أنابرييد 20 ملغ

Anapred 20 mg

30 Comprimés

Deva Pharmaceutique



LOT: M0170
PER: 11/2020
PPV: 57,10 DH



بردينيزولون

عن طريق الفم

30 قرص متحلل

مختبرات ديفا للصيدلة
ج.وادي صبدلي مسؤول
الطبقة الصناعية لتطبيقات - الدار البيضاء
104-107

Deva

بیدینا

بیدیزونید

100 میکروگرام

معلق للإستنشاق
عن طريق الأنف

LOT 0036N004

EXP 01/21

PPV 149DH00

200 جرعة

حرك قبل الإستعمال

التركيبة

بیدیزونید

السواغات : الكببة الكافية

الجرعة ، دواعي ، موانع و احتياطات الاستعمال : المرجو

قراءة النشرة قبل الاستعمال .

المرجو إستشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث

مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء .

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال .

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 30°C بعيداً عن الضوء .

لا يحمد .

Médicament autorisé N°: 129 DMP/21/NCI

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A

جدول A

BUDENA® 100 mcg

Flacon de 200 doses
Suspension pour
pulvérisation nasale



6 118001 250127

Ce médicament + GROSSESSE

DANGER

Ne pas utiliser chez les filles
adolescentes، femmes en âge
de procréer ou enceintes، sauf
en cas d'échec des autres
traitements ou en l'absence
d'alternatives thérapeutiques.

Cleans & Protects



PROPOLIS

SPRAY NASAL

Extrait de propolis

Spray 100ml
Solution physiologique
pour toute la famille



LOT SP1172173

Date de péremption :

11/2020

PPC : 96.00 DH