

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

 Maladie Dentaire Optique MUPRAS RECEPTIF Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 92.66 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MAAITAOUI ARISS

Date de naissance : 04/04/53

Adresse : O.N.A. 201

Tél. : 06 41 37 18 98 Total des frais engagés : 349,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc "Q" N° 12 - Deroua
Tél. 05 22 53 28 25

Date de consultation : 14 AGUT 2019

Nom et prénom du malade : EL MAAITAOUI ARISS Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cette polhé fela

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 : DEROUA Le : 15/10/2019

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
14 AUG 2019	CS	1	100.00	Dr. Abdellatif NABIL MÉDECIN D'ÉCHO "Q" N° 2252825

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE D. SAINT BENJELLOUN Imm. 94 lot. Nait N° 4 tel: 05 22 51 47 07	21.10.19	229,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

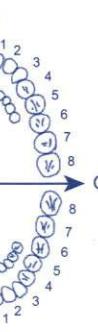
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب

الفحص بالصدى

الدروة رقم 12 - ك بلوك

الهاتف: 0522532825

زيارة في المنزل

ORDONNANCE

الدروة في : 01 AOUT 2019 Deroua, le :

Mr. & Mrs. MARSHALL, Driss

46.00 ~~Stimulal Ag~~ S.V.

28.20 ~~Supradel Ag~~ S.V.

56.30 ~~Cannex Schéma ASI~~ S.V.

99.00 ~~de dg de~~ S.V.

229, ~~L'APPHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN
100m. 90, Lou Nait N° 4
Tel. 05 22 51 47 07~~ S.V.

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc "Q" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 03 28 25

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc "Q" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 28 25

CARMINEX®

SIROP & SACHETS



~~COMPOSITION~~

pour 100

SULPIDAL® 50 mg gélules

Sulpiride

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

SULPIDAL® 50 mg, gélule

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride Excipients q.s.p. 1 gélule.

c) FORME PHARMACEUTIQUE Boîte de 20 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE BENZAMIDE (N : Système Nerveux)

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines formes de troubles du comportement de l'adulte et de certains troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent.

3. ATTENTION !

a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 12 ANS.



OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute ou si vous avez des réactions indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car il peut être dangereux.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous avez une réaction allergique, parlez-en immédiatement à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT 170488
EXP 05/2020
PPV 99.00 DH

DENOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56.

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?