

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-684184

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société : 107451

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAAD Merion

Date de naissance : 10-11-1957

Adresse :

Tél. : 0670156868 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ELHADDONE El Mehdi Interne CHU Agadir

Date de consultation : 28/01/2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gastropathie par covid

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 les mesures nécessaires à la protection des données personnelles.

28/01/22

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-1-22	304,40

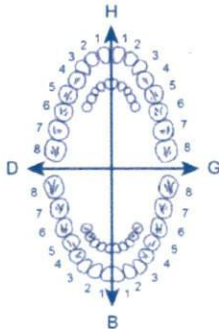
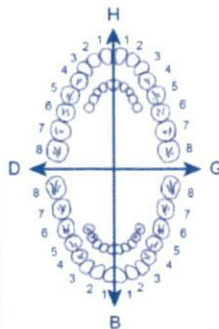
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies et/ou cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Fait le 28/01/22

Dr MAAD MIRIAM

7970



1) Zithromax 500 → 4

5630 1p 14j puis 1/2 p 4j



2) D-Cure 25000 CI cp

4480 1p 1sema net 2 net



3) Carbocylac gel

12360 2gel x 3 li net 3 se

4) Inosium 40 → 4

1p 1i net 14j

304,40

Dr SALEHDDINE Zineb
Médecin Interne
CHU - Agadir

كربوزيلان
كاربونيلان
الكربون / سميكتون
كسولة

Carbosylane®
Gélule
Charbon activé / Smectone

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans dans le traitement symptomatique des états dyspeptiques (digestion difficile) et du météorisme (ballonnement intestinal).
يوصف هذا الدواء لدى البالغين والأطفال فوق سن 6 سنوات لعلاج أعراض عسر الهضم (الهضم الصعب) والانتفاخ المعوي.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Unité de prise : 2 gélules jumelées (bleue et rouge).

الجرعة الواحدة : 2 كبسولات (واحدة زرقاء وواحدة حمراء)
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال.

Lire la notice intérieure avant utilisation.

MISE EN GARDE SPECIALE :

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

يحفظ بعيداً عن مرمى ومتناول الأطفال.

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

Pas de précautions particulières de conservation.

لا توجد احتياطات خاصة للحفظ.

FABRICANT :

"Laboratoires GRIMBERG SA

ZA des Boutiries - Rue Vermont - 78704 Conflans-Sainte-Honorine Cedex - FRANCE"

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AU MAROC :

Laboratoires SOTHEMA - B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA - MAROC

Sous licence des LABORATOIRES GRIMBERG SA

AMM MAROC N°: 262/20 DMP/NRoad

MEDICAMENT NON SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE.

دواء بصرف دون وصفة طبية.

LOT : 111

EXP : 06-2025

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE

Boîte de 48 gélules (24 doses)

PPV 44.80 DH



6 118001 070886



Laboratoires
GRIMBERG



زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° :

FIM 1

7970

09366030/4

MCP210MA004118
26/11/2020

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



Importé par : **Ergo**
Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 279/20dmp/NRQD

SMB

M1B18 HAY MOHAMMADI
AGADIR

CNSS :9168627 R.C :58266 PATENTE N°:49276041 I.F :78519640 TEL :05.28.23.51.51 FAX :0

ICE:000506222000082

AGADIR

Le:02/02/2022

FACTURE.....N°:1

Nom & Prénom :MAAD MIRIAM

QUANTITE	DESIGNATION	P.P.M.	MONTANT
1	ZITHROMAX 500MG/3	79.70	79.70
1	D-CURE 25000 UI/4 AMPOULE	56.30	56.30
1	CARBOSYLANE PM	44.80	44.80
1	INEXIUM 40MG/14	123.60	123.60

TOTAL : 304.40
MT NET : 304.40

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
TROIS CENT QUATRE Dirhams 40 Centimes

SYNTHEMEDIC
32 rue zoubair brou al nouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21A/RQ P.P.V:123.60 DH
6 118001 020807