

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0006887

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : DAKHA Bouni Date de naissance : TAKFI FATHI
 Adresse : 176, Saïd Azur TAFAROS - Dar Bouâza
 Tél : 0669 746792 Total des frais engagés : 520 drs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 SEP. 2019
 Nom et prénom du malade : Mr TAKFI Bouni Age : 51 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dyspepsie
 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 : 7/10/2019 Le : 7/10/2019
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

Pathologie 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

- Réclamation : 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

RELEVÉ 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
26/03/23	S	1	300,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/23	220,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

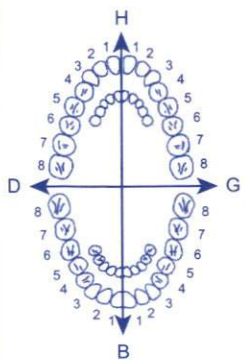
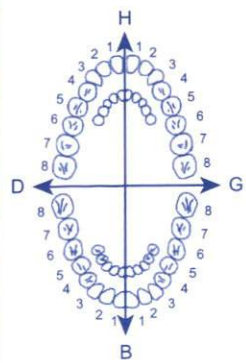
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
B												
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Diplôme de la faculté de médecine de Paris
Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à L'hôpital de Poissy
Diplôme en endoscopie digestive et interventionnelle
Diplôme en échographie digestive
Diplôme en nutrition
Membre de la Société Française d'hépatogastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواب
مجاز بكلية الطب بباريس
ملحق سابق بمستشفيات باريس
مجاز الكشف بالمنظار
مجاز الكشف بالتلفزة
مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 26/09/2019

MME TAKAFI ÉP DAKHAMA BENNANI FATIHA

• **Pyrosix**

1 cà, matin, midi et soir, après repas, pendant 8 jours

• **D Cure forte**

1 ampoule par mois pendant 3 mois

• **Augmentin**

1/2

x 2

1/2

x 16

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

PHARMACIE EL ADIB

DR. RKALAT - Km 20 - Route d'Azzemour
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 33 00 52

13, Bd Ain Taoujtate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N° 3, 2ème Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

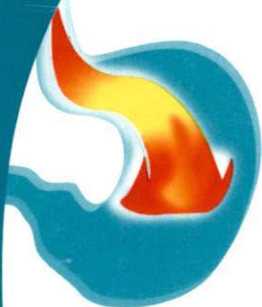
الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

الإرتجاع المعدي
مضاد للحمض

بيروزكس®

ألجينات الصوديوم - بيكربونات الصوديوم



شراب معلق
قنينة من 250 ملل

عن طريق الفم

شالينيكا

PYROSIX®

Alginat de sodium - Bicarbonate de sodium

Composition :

Alginat de sodium 5,000 g
Bicarbonate de sodium 2,670 g
Excipients q.s.p 100 ml
Excipients à effet notoire : sels de sodium, sodium saccharinate, parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

Flacon de 250 ml.

- Sans colorant.
- Sans sucre.

Indications :

- Reflux gastro-œsophagien.
- Brûlures de l'estomac.
- Remontées ou renvois acides.
- Aigreurs de l'estomac.

Posologie :

En général, 1 à 2 cuillères à soupe
30 min après repas et éventuellement
le soir au coucher.

AMM N° : 097/14 DMP/21/NNP

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

Alginat de sodium - Bicarbonate de sodium

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 32,50 DH



6 118000 191537

PPU: 49,60 DH
LOT: 18K20/B
EXP: 11/2021

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3

Importé par : **Ergo**  **Maroc**
LABORATOIRES ERGO MAROC

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



**SMB**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN® 500mg/62,5mg Comprimé
 1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg
 = le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

PPV: 138,30 DH
 LOT: 587617
 PER: 02/20

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

ADULTE

500mg/62,5mg
 Comprimé

32 Comprimés = 16 Prises

Amoxicilline trihydratée,

quantité correspondant à amoxicilline 500,00 mg

Clavulanate de Potassium,

quantité correspondant à acide clavulanique . 62,50 mg

pour un comprimé pelliculé

Augmentin® est une marque déposée
 des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline.

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE : 8/1
AUGMENTIN®

500mg/62,5mg
 Comprimé

ADULTE

32 Comprimés
 Pelliculés



1 Prise = 2 Comprimés = 1g
 Voie Orale

 GlaxoSmithKline

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C.

MISES EN GARDE SPECIALES : risque d'allergie.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda, Région de Rabat

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc

42 - 44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed

AlGhazali, Casablanca 20 000