

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 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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-472626

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10082

Société : R A M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EDDOUSSI Karim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 8895

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : EDDOUSSI Karim

Age : 1967

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. Neurologique

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 : Casablanca

Le : 17/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/06/20	C2	1	300.00	INF 891084184

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'AVENIR 100, Bd Med El Mergogne Casablanca - Tél. 05 22 22 22 31	17/06/20	44700

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

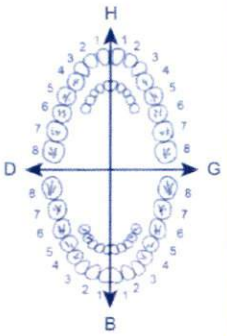
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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"/>

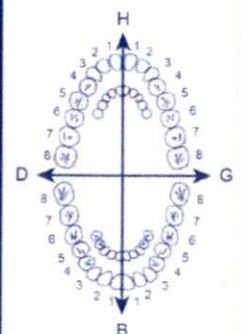
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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'EXECUTION

Dr. My Larbi KHADDOU

Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins,
des Voies Urinaires et Organes Génitaux



- Exploration et Chirurgie Endoscopique
- Lithotripsie Extra-Corporelle
- Stérilité Masculine et Impuissance Sexuelle
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'Enfant
- Echographie Urologique

Ex. Chirurgien Urologue des Hôpitaux Militaires
(Dakhla, Hôpital Militaire Med V Rabat)

الدكتور مولاي العربي خادو

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي

المسالك البولية والتناسلية

• فحص وجراحة المسالك البولية عبر المنظار

• تفتيت حصي الكلي والمسالك البولية بالأشعة

• العقم والعجز الجنسي عند الرجال، الأمراض التناسلية

• الختان والتبول اللاإرادي عند الطفل

• الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية،

(الداخلية، مستشفى محمد الخامس الرباط)

ORDONNANCE

Casablanca, le :

17/06/2020

Mr EDDOUSSI KARIM

TAMSULOSINE WIN 0,4LP

1cp /j le soir au coucher pd 3mois

BIOVANIC 500mg

1cp/j pd 10j

DOLICOX 90mg

1cp/j le soir

OEDES 20mg

1cp/j le matin

RDV dans 3mois

PHARMACIE DE L'AVENIR

10 Rue El Meknassi Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31

Le contrôle médical s'effectue 15 jours au maximum après la première consultation, au-delà de ce délai le contrôle n'est plus valable.
Un suivi médical demandé par votre médecin, après 1, 2, 3 mois ou plus est une nouvelle consultation payante.

وفانيل

ليفوفلوكساسين

توضيح مهم

500 ملغ

توضيح مهم

500 ملغ

5

أقراص ملبسة عن طريق الفم

5

أقراص ملبسة عن طريق الفم

مضاد حيوي

440294
N02BA01
440294
N02BA01
440294
N02BA01
440294
N02BA01
440294
N02BA01

440294
N02BA01
440294
N02BA01
440294
N02BA01
440294
N02BA01
440294
N02BA01

مختبرات ديفا للصيدلة
ج.و.أ. جدي صيدلي مسؤول
146 147 المنطقة الصناعية - بطن عيسى - الدار البيضاء

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج.و.أ. جدي صيدلي مسؤول
146 147 المنطقة الصناعية - بطن عيسى - الدار البيضاء

Deva

كاملة وبعبارة قبل اليد
ة فقد تحتاج الى قراءة
سار آخر أو شك. أطلب
لاني.
ك شخصيا. لا تعطه
مس الأعراض التي لدي
الآثار الجانبية خطيرة
النشرة فالرجو إخبار

النشرة:

قرص مغلف بغشاء

الواجب معرفتها

رقيق؟

غلف بغشاء رقيق

المرغوبة المحتملة

انك قرص مغلف بـ

معلومات أخرى

قرص مغلف بغشاء

فانيل قرص مغلف بـ

ليفوفلوكساسين هذا

م المضادات الحيوية

عمل بقتل البكتيريا

فانيل قرص مغلف

في الأشخاص المصابين بـ

في ذلك الكليتين والمثانة

الالتهاب المستمر.

ت الجلدية. بما في ذلك الع

جة اللينة).

كن أن يوصف بيوفانيل

طر الإصابة بالحمرة الرئوية

الحمرة أو أيضا ليخفض من خطر تفاقم المرض.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول بيوفانيل

قرص مغلف بغشاء رقيق

لا تناول بتاتا بيوفانيل قرص مغلف بغشاء رقيق وإتصل بطبيبك

في الحالات التالية :

إذا كنت حساسا للليفوفلوكساسين أو لغيرها من مستحضرات

الكينولون مثل المكسيفلوكساسين أو الأوفلوكساسين أو لأحد

المكونات الأخرى لهذا الدواء المذكورة في البند 6 أدناه.

التفاعل التحسسي يظهر خصوصا على شكل طفح جلدي.

صعوبات في البلع أو التنفس، إنتفاخ الشفتين أو الوجه أو الحلق

واللسان.

إذا كنت تعاني من داء الصرع أو سبق أن أصبت بنوبات صرع.

إذا سبق و اشتكيت من مشكلة في الأوتار مثل التهاب الوتر

نتيجة المعالجة بواسطة مضاد حيوي من زمرة الكينولونات. الأوتار

هي روابط ليفية تربط العضلات بالهيكل العظمي.

إذا كنت طفلا أو يافعا في مرحلة النمو.

إذا كنت حاملا أو تظنين بأنك حامل أو كنت معرضة للحمل.

إذا كنت ترضعين.

UT.AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT : 191343
PER : 04-22
PPV : 140,00DH

 **COOPER**
PHARMA

COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca