

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

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.

ntaire :

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.

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.

N° P19- 0041932

ND : 34452

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUJNANI MOSTAFA

Date de naissance : 24-9-57

Adresse : 3 RUE HAFID IBRAHIM AP 3 CASABLANCA

Tél. : 0661186986

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2020

Nom et prénom du malade : BOUJNANI MOSTAFA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Veutige

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 :

Le : / /

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
28/06/2020	Consultation		150.00	 GLOBAL RESSOURCES ASSISTANCE 24 H Ambulanc: 1 Dr. B. Sall Médecin 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 AP'PHACIE DU CHAMPS 59 Rue Al Fouad 25000 Tél: 05 22 25 40 75 R.C.: 245509 - P.R.: 33070051 I.F.: 40436842	28/06/2020	134,60

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in three rows: upper central incisors (1, 2), upper lateral incisor (3), upper canine (4), upper first molar (5), upper second molar (6), upper third molar (7), lower third molar (8), lower second molar (7), lower first molar (6), lower canine (5), lower lateral incisor (4), and lower central incisors (3, 2, 1). A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the right. The origin of the coordinate system is at the bottom center, labeled 'P'.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



GLOBAL SECOURS ASSISTANCE

GLOBAL SECOURS ASSISTANCE

MEDECIN A DOMICILE - AMBULANCE EQUIPÉE - AVION SANITAIRE NATIONAL/INTERNATIONAL

0522 24 24 21

Casablanca, le

Ordonnance

28/06/2020

M. BONNAN. Moustapha

1) lombalgie
(Syst Adulte).

2) 8 billes
56,60 1415

3) Sels serv lip/J
78,00

134,60

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél. : 05 22 25 49 25
R.C. : 245509 - Pte. : 35873067
I.F. : 40436842

DESAYAH MAROUANE
GLOBAL SECOURS ASSISTANCE
Urgence 24h/24 Ambulance
SOS Médecin 1
Tél: 05 22 24 24 21

URGENCES 24/7

GLOBALSECOURS.ASSIST@GMAIL.COM

BETASERC 24 MG
CP B30



6 118000 012641

Bet
24 mg dichlo

Comprimé

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament pour vous.

01 : 12 2003

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

- Gardez ce médicament hors de la portée des enfants.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être donné à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE BETASERC 24 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC :

Ce médicament contient une substance active qui s'appelle la bétahistine. Il appartient à une classe de médicaments appelée anti-vertigineux. Il lutte contre les vertiges.

Il est indiqué dans certaines formes de vertige.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE BETASERC 24 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais BETASERC 24 mg, comprimé :

- Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une excroissance anormale de la glande médullo-surrénale qui peut provoquer une hypertension artérielle sévère (phéochromocytome).

Ne prenez jamais BETASERC si l'un des cas ci-dessus vous concerne. En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre BETASERC.