

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.

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.

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.

Prothèse :

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.

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° P19- 053566

ND: 35498

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMAKHLOUF Rachid

Date de naissance : 28/03/54

Adresse : 29X ANAKHIL 2 - ANAKHIL Sud

Tél. : 066131629

Total des frais engagés = 219,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade : M. BENMAKHLOUF Rachid Age : 66 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Borelio L. Carum

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 : RAM

Le : 06/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053566

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

04 AOUT 2020


Matricule : 2279

Nom de l'adhérent(e) : BENMAKHLOUF Rachid


Total des frais engagés = 219,40 Dhs

Date de dépôt :

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
06/06/20	U		200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/06/20	19,40 DHs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

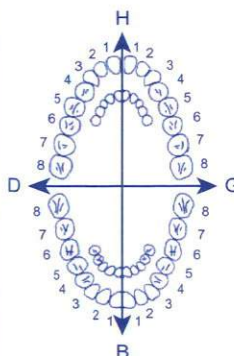
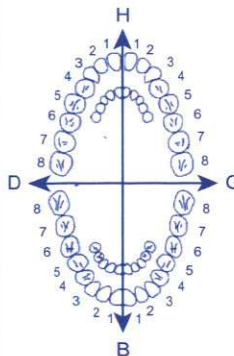
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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'EXEC

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

ANTIBIO-SYNALAR Gouttes auriculaires Flacon de 10 ml

Fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

Égalité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.
Il faut avoir besoin de la relire.

Enfin, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin.

Uniquement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de maladie pour lui être nocif.
Il devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné par votre médecin ou à votre pharmacien.

CONTENU :

Quantitative en substances actives:

..... 0,025 g
..... 1 000 000 UI
..... 350 000 UI

Pour 100 ml de solution.
Mercurure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau purifiée.
Mercurure

re. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

PRÉSENTATION :

Composition d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (la néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides, la polymyxine B est de la famille des polypeptides).

INDICATIONS :

Il est le traitement local de certaines otites.

CONTRAINDICATIONS :

Il est la suivante:
Il est dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.
Il est votre médecin.

Il est la solution sous pression.

Il est l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin de la solution froide dans l'oreille.

Mode d'emploi :

Il est l'oreille et faire un bain d'oreille:
Il est du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en face de la solution.

Il est atteinte.
Il est le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

Il est gardant la tête ainsi penchée.

Il est les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier essuie-tout.

Il est la recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, si vous penchez la tête pour permettre une bonne pénétration du médicament, vous risquez de provoquer une perte de médicament car les gouttes ne restent pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une infection.

Mode d'emploi :

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

19,40

19,40

19,40

19,40

19,40

2

19,40



ANTIBIO SYNALAR

Docteur El Yacoubi Abdelaziz

**Spécialiste O.R.L.
Oreilles, Nez, Gorge**

diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور اليعقوبي عبد العزيز

**اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن
والأنف والحنجرة**

خريج كلية الطب بباريس

مراكش، في : 06.06.2020

Mr BENMAKHLOUF Rachid

ANTIBIO SYNALAR sol p instil auric : FI/10ml

2 gttes le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

Dr EL YACOUBI Abdelaziz



PHARMACIE ASSIF
Mme SEITI EL Fassi Ep. Dr NASSAF
05 24 33 07 87
Daoudiate El Fassi Unité 4
Tél 05 24 30 30 35

Rendez-vous le :

المركب المعماري والتجاري الأحباس - مدخل رقم 6 - عيادة رقم «3» شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش
Complexe Commercial AL Ahbas , n° 6 / 3 Av. Allal El Fassi Daoudiate - Marrakech
E-mail : azyacorl@yahoo.fr - Tél/Fax : 05 24 33 07 87: الهاتف / الفاكس