

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 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

- 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 : Quai 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° W19-492476

**COUPLAGE
NSR**

ND: 35509

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05338

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MARDI LITOUSSINE

Date de naissance : 27/11/1963

Adresse : CASABLANCA

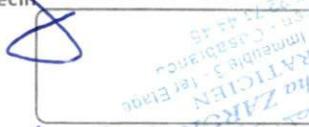
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade :

EL MARDI LITOUSSINE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Colique hépatobiliaire droite

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 : 06/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-492476

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
06.06.20	CS	-	200,00	INP : <input type="text"/> Dr Mustapha ZAKOUR OMNIPRA 100% IMMOBILIER 30/06/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Med GUESSOUF Une Bouchra GUESSOUS EL MEJRI Pharmacien Missini N° 7 Rue Bd. Bourguiba - Casablanca	16/12/20	21330

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Clinique Yasmine Bd Sidi Abderrahman CASABLANCA Tel. 05 22 39 69 60.	06.06.20					210,-	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
				<input type="text"/>									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;"></td> </tr> </table>			H		G	D		G	B			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
	H		G										
	D		G										
	B												
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
			<input type="text"/>										
			<input type="text"/>										
			<input type="text"/>										
				CŒFFICIENT 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

090004029



Dr. A. M. ZARZI
Boulevard Sidi Abderrahmane, Agdal route de Sidi Massa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 39 69 60

63/01/06/2020
El Maghrib
Address (AE)
Clinique Yasmine
S.V.

63/01/06/2020
DIPLOMENT
100% off



Address (AE)

HARMACIE MED GUÉSSOUFI
Boulevard Sidi Abderrahmane, Agdal route de Sidi Massa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 39 69 60





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 06/06/2020

Facture N° 2238/20

Etablie par SARA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0F062103

N° Identifiant : 20061503/20

Nom & Prénom : EL MARDI LHOUSSINE

C.I.NBK8778

Date Début :

06/06/2020

Date 06/06/2020

Adresse : DERB NEJMA BLOC 428 NR 01 HH

Traitemet : Acte medical

Médecin : ZAROK MUSTAPHA

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	234,12		234,12
Total Rubrique :				234,12

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux	1	4,35		4,35
Total Rubrique :				4,35

PHARMACIE

Pharmacie	1	11,53		11,53
Total Rubrique :				11,53

PARTIE CLINIQUE :

250,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. ZAROK MUSTAPHA(MEDECIN SPECIALISTE)	1	200,00		200,00
Total Rubrique :				200,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

200,00

TOTAL FACTURE	450,00
----------------------	--------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

Clinique Yasmine
Bd Sidi Abderrahman
CASABLANCA
Tél. 05 22 39 69 60

أولوكسين® 200 ملغ

أوفلوكساسين

التركيبة:

يحتوي كل قرص على :

200 ملغ

المسوّغات : كروسكارميلوز صوداوي؛ سيليلوز بلوري دقيق؛ بوفيدون؛ ستيرات المغنيزيوم، سيليكا غروانية؛ ، HPMC E-15 ، ثاني أكسيد التيتان؛ طالك؛ بروبيلين غликول؛ كحول إيزوبروبيليك؛ أكسيد الحديد الأصفر؛ ماء مطهر.

الشكل والتقديم:

أقراص ملبسة، علبة من 10 أقراص وعلبة من 20 قرص .

الخصائص:

الأوفلوكساسين هو مضاد حيوي تركيبي ذو طيف واسع ينته
يتميز بنشاط مبيد للبكتيريا عن طريق إعاقة نشاط الحمض

دوعي الاستعمال:

إنها ناتجة عن النشاط المضاد للمicrobates للأوفلوكساسين
يوصف استعمال الأوفلوكساسين لعلاج :

- التعفّنات البولية؛
- التعفّنات الحادة المتعلقة باضطرابات البروستات؛
- تعفّنات الأعضاء التناسلية العليا للمرأة؛
- تعفّنات مفاصل العظام؛
- تقيّح الشعب الهوائية، في غياب أية إصابة لحمّية؛
- تعفّنات الأذن والحنجرة والأنف.



ORO dispersible



voie orale

Musfon® 80 mg

Phloroglucinol

Deva
l'innovation thérapeutique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Dénomination

MUSFON® 80 mg, 10

2. Composition

Phloroglucinol

Quantité co

Excipients :

de magnés

Excipients

..... 80 mg
 62,25 mg
 vidone, povidone K90, stéarate

اء

المثانة البولية والرحم

3. Classe

ANTISPASM

(A : appare

(G : systém

ctivité :

4. Indica

Ce médicam

billaires, de la

odiques de l'intestin, des voies

5. Posologie :

- Mode et voies d'administration : Voie orale.

Chez l'adulte : les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans un verre d'eau ou à laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant : les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans un verre d'eau.

Posologie

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant : 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.