

# 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

39114

## Déclaration de Maladie : N° P19-0008511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6082 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rais Anabé Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0618270000 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/06/2014

Nom et prénom du malade : Rais Anabé Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION DIGESTIVE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

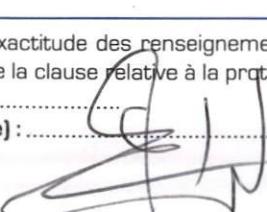
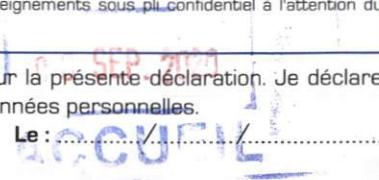
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/06/2014

## 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
23.06.2020 C3				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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	

## RELÈVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
	*			DATE DU DEVIS
	*			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale

# الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج



Casablanca, le ..... 23.06.2020 ..... الدار البيضاء، في

## Mme RAISS Ouafae

Prendre :

1 - PRAZOL

1 Gélule le matin et le soir, avant le repas, pendant 10 jours.

2 - PYLERA 140 mg/125 mg/125 mg gél : FI/120

3 gélules le matin, à midi, à 16h et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

3 - I3-1

1 gélule par jour, au cours du repas, pendant 1 mois.

1169.00

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

الموقع الإلكتروني : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma

Distribué par :

Laboratoire SOTHEMA  
B.P. N°1 - 27182  
Bouskoura Maroc

**Probiotiques  
Complément alimentaire  
30 gélules**

**bi-B1**

PPC 270.00 DH

**FAVORISE L'ÉQUILIBRE  
DE LA FLORE INTESTINALE**

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament



**AB-BIOTICS**

Poids net : 13,07 g

1

gélules  
28

Oméprazole  
Prazol® 20 mg



Prazol® 20 mg  
Oméprazole

PPV : 96DH00  
PER : 08/22  
LOT : J494-1

bottu  
b  
b2 - Atelis des Ceux qui ne - Aix-Sabla - Clermont  
S. Bouchouch - Pharmacien Responsable

28  
gélules

Microgrammes gastrorésistants

Voie orale

التركيزية :  
أوميپرازول .....  
سواغات. إل. ....  
لبرشة واحدة

Composition :  
Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 gélule.

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

رجبي مراجعة النشرة بمعنى قبول أي استعمال  
رجبي الإحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية وبعيداً عن الرطوبة.  
يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.

104x78x36

3

NDC 58914-601-21

120  
Capsules

68mm x 65mm x 126mm  
DieLine G2 # 805

# PYLERA® CAPSULES

(bismuth subcitrate potassium 140 mg,  
metronidazole 125 mg, tetracycline HCl 125 mg)

**Rx only**

Combination therapy indicated for the  
eradication of *Helicobacter pylori*

Daily Dosing Dispenser included

Distributed by: Allergan, USA, Inc.

Irvine, CA 92612

© 2018 Allergan. All rights reserved.

PYLERA® and its design are trademarks of  
Aptalis Pharma Canada ULC, an Allergan affiliate.  
Allergan® and its design are  
trademarks of Allergan, Inc.  
Patented. See [www.allergan.com/patents](http://www.allergan.com/patents)  
Made in Canada



N 3 58914 60121 0

Lot: 202881R

Exp: AU 2021

300766-05  
66009US10

2

**PYLERA® gélules**  
Boîte de 1 flacon de 120.  
AMM N°281 DMP / 21 / NNP  
PPV : 803,00 DH  
Titulaire de l'AMM / Distributeur :  
SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouakoura, MAROC



6 118001 072262