

## 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.

**47381**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6005**

Société : **RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**SOUNI, Abdellilah**

Date de naissance :

**14 Nov 1864**

Adresse :

**157 N° 2 SANAA TISSIRI BEN RECHID**

Tél. :

**06 52 41 65 50**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**MUPRAS**

**15 NOV. 2020**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**Mr SOUNI**

Age: **18 ans**

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

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) :

22

#### **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
06/07/2012	Consultation	1	#3000	INP : 14 Médecin : Dr. S. Bouloumen - 06 62 36 54 05 Signature : S. Bouloumen URG

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
O. Berrach B.P. No 1 Faculté de Pharmacie Tunisie	06/08/2002	133,62 D.H.S.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Professeur Dr. M. Chirurgien Universitaire Dr. Abdelmoumen - Bab Ezzouar - 22-2 <sup>e</sup> - 36-36-Faculté	06/08/2000	2343	# 800 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS [ ]
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Professeur EL MRINI M

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le

Dr. MELMRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76 Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 25 38 80 - Fax: 0522 25 38 80

133,60

DIORENON 600  
1 gtt p.a la mat



Pharmacie KOLENAS

Dr. MAHBOUB Nouhad  
Pharmacien Orthésiste  
(Fac. Bordeaux)  
104-106 Rue Malib - Berrechid  
Tél: 0522 32 80 53 - Fax: 0522 32 80 54

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 25 38 80 - Fax: 0522 25 38 80

# DIOVENOR® 600 mg

DIOSMINE

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de vos renseignements.

DIOVENOR® 600 mg  
30 comprimés



6 118000 010449

133,60

## **COMPOSITION**

### **Principe actif :**

Diosmine (quantité exprimée en diosmine)

**Excipients :** talc, silice colloïdale anhydrite, cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, laque aluminique de rouge cochenille, huile de carnauba, cire d'abeille, gomme arable, pelliculé.

### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Comprimé pelliculé (boîte de 30)

### **CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE**

VASCULOPROTECTEUR / MÉDICAMENT AGISSANT SUR LES CAPILLAIRES (système cardiovasculaire).

### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT**

Ce médicament est un veinotonique (*il augmente la tonicité des parois veineuses*) et un vasculoprotecteur (*il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins*).

Il est préconisé dans :

- les troubles de la circulation veineuse (*jambes lourdes, douleurs, sensations pénibles dites impatiences lors du coucher*)
- la crise hémorroïdaire.

### **ATTENTION !**

### **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT**

Ce médicament est généralement déconseillé pendant l'allaitement.

Allergie connue à l'un des composants.

### **MISES EN GARDE SPÉCIALES**

Si la gêne et la fragilité des vaisseaux ne diminuent pas en 15 jours, consultez votre médecin.

Si les troubles hémorroïdaires persistent après quelques jours de traitement, il est indispensable de consulter votre médecin.

### **PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament a toute son efficacité lorsqu'il est associé à une bonne hygiène de vie. Eviter l'exposition au soleil, la chaleur, la station debout prolongée, l'excès de poids. La marche à pied et, éventuellement, le port de bas adaptés favorisent la circulation sanguine.

### **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT

Professeur EL MRINI M

الدكتور المريني محمد

Chirurgien Urologue

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Membre de la Société Internationale d'Urologie

Casablanca le .....

W Sorni Movas

Vancouver Feb

P. Echographie  
testicules



76 شارع عبد المؤمن الطاقي الثالث الدار البيضاء ■

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

Tél.: 06 06 99 39 20

E-mail : melmrini@hotmail.com

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le .....

**06/08/2020**

### NOTE D'HONORAIRES

Nom: **Mr SOUNI**

Prénom: **MOUAD**

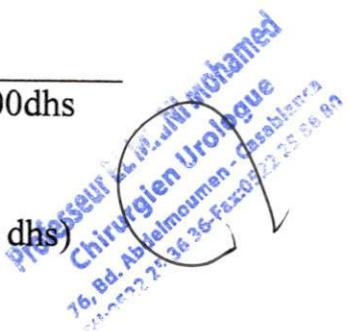
Date: 06/08/2020

- |                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Consultation             | $C_3 = 300 \text{dhs}$               |
| 2. Echodoppler testiculaire | $Z_{35} + z_{35/2} = 800 \text{dhs}$ |

---

TOTAL=1100.00dhs

(Montant total s'élevant à mille cent dhs)



### AVEC REMERCIMENTS

76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

Tél.: 06 06 99 39 20



شارع عبد المؤمن الطابق الثالث الدار البيضاء 76

E-mail : melmrini@hotmail.com