

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 823 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : LAOUINA Khachifa

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 26 TABIR BIENFAYANE APP 36 CasablanCa

Tél. : 06 42 55 97 80 Total des frais engagés : 67,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

MUPRAS **ACCUEIL**

Date de consultation : 12 DEC 2020

Nom et prénom du malade : Laouina Khachifa Age : 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint E

Nature de la maladie : Maladie Chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CasablanCa Le : 28/11/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

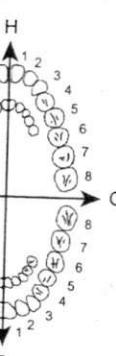
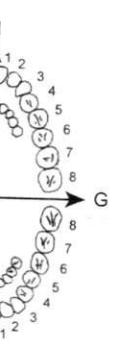
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Achat et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																		
																					
																					
O.D.F ROTHESSES DENTAIRES																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
<hr/>																					
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
<hr/>																					
B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
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"/>																					

PHARMACIE DES GENERATIONS
BALLOUK ABDELMAJID
53 RUE JABER IBN HAYANE BD D'ANFA -CASA

Tél : 0522207333

Patente N°: 35506788
N° R.C. : 247674
Compte :
CNSS : 2356344
Id.Fiscale : 40404981
ICE : 000819496000084

Le : 28/11/2020

LAAOUINA KHADIJA

FACTURE : 36071 du : 28/11/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	INDUCTAN COMPRIMES	37,60	37,60	7,00%
1	MAXIDROL COLLYRE	30,10	30,10	7,00%
Total TTC			67.70	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SOIXANTE SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	63,27	4,43	67,70
		63,27	4,43	67,70

Pharmacie des GENERATIONS
Abdelmajid BALLOUK
53 Rue Jaber ibn Hayane en Face de la commune
Sidi Sabouy Bd d'Oran Casablanca
Tél: 0522.20.73.33 / 0522.26.50.32

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

MAXIDROL®



b) COMPOSITION

Dexaméthasone 100 mg
Sulfate de néomycine 350 000 U.I.
Sulfate de polymyxine B 600 000 U.I.
Méthylhydroxypropylcellulose, chlorure de benzalkonium, chlorure de sodium, polysorbate 20, acide chlorhydrique dilué, hydroxyde de sodium, eau purifiée q.s.p. 100 ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre en flacon compte-gouttes de 5 ml prêt à l'emploi.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ASSOCIATION CORTICOIDE / ANTI-INFECTIEUX par voie locale.

S : organe des sens (œil).

e) NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires ALCON

4, rue Henri Sainte-Claire Deville

F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

f) NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

CON CUSÍ, S.A.

320 EI MASNOU-BARCELONE

INDUCTAN®

trimébutine

100mg



20 comprimés

COM:

Trimébutine
Excipient

LOTN° : 253016 100 mg
rimé.

FOR:

Com.
INDU-
buval

UT.AV : 01/03/2000 37/60

P.P.V

ension

CLASSE:

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTONIQUE
(A: Appareil digestif et métabolisme)

VITE):

09366112/5

37,60

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :

Ce médicament est préconisé dans les douleurs des maladies digestives ou biliaires.

Il corrige les troubles du transit associés.

ATTENTION !

MISES EN GARDE SPECIALES:

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS:

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'allaitement est possible lors d'un traitement par ce médicament.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER