

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 : 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° W21-678753

158561
Par...
P...
P...
P...

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Société :

TAOUZI - AHMED

12/9 1952

11 Rue Ibn HAITAM 6^e étage N°24

TANGER

06 65 22 22 33 Total des frais engagés :

930,00 Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. RACHID BENLYAZIZ
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
94, Av. Mohamed V - TANGER

Date de consultation :

01/01/2023 Nom et prénom du malade : TAOUZI AHMED Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : PALSYNO PATHES D2012

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 : TANGER Le : 01/01/2023

Signature de 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
06.06.13	2		300	INPI 161023932 Dr Rachid BEN YAZID EL HASSANI RESPIRATOIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de TANGER Mme SOUFIANE Pharmaciene 67 Place de France - TANGER Tél: 05 39 93 64 24	04-04-2023	310,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Mechid BENLYAZID HASSANI MALADIES RESPIRATOIRES MALADIES ALLERGIQUES 91, Av Mohamed V - Casablanca Tél: 05 39 94 13 68	24.04.13	K10	200

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

Docteur Rachid BENLYAZID EL HASSANI

Maladies Respiratoires - Maladies Allergiques

Tuberculose - Asthme

الدكتور رشيد بن اليزيد الحسني

أمراض التنفس • أمراض الحساسية

مرض السل • الربو (الضيق)

Tanger, le طنجة في 04/04/2023

Mr TAOUZI AHMED



1/ SEPCEN 500 mg cp



1 cp matin et soir x 5 j

2/ CLAVULIN SACHET 1 G

1 sachet matin midi et soir x 8 j



3/ ANDOL 1000 cp

1 cp matin et soir x 3 j

310.30



إقامة يسمينة 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68 المحمول : 0661 16 46 64

Résidence Yasmina 91, Av. Mohammed V 2ème étage N° 5 Tél : 0539 94 13 68 Mobile : 06 61 16 46 64 - TANGER

Docteur Rachid BENLYAZID EL HASSANI

Maladies Respiratoires - Maladies Allergiques

Tuberculose - Asthme

الدكتور رشيد بن اليزيد الحسني

أمراض التنفس • أمراض الحساسية •

مرض السل • الربو (الضيق)

Tanger, le طنجة في
04 04 2023

Mr TAOUZI AHMED

Reçu la somme de 200 DH pour RX THORAX

Dr.Rachid BENLYAZID EL HASSANI
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
Av Mohamed V - Tanger
Tél: 05 39 94 13 68

إقامة يسمينة 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68 المحمول : 06 61 16 46 64
Résidence Yasmina 91, Av. Mohammed V 2ème étage N° 5 Tél : 0539 94 13 68 Mobile : 06 61 16 46 64 - TANGER

Docteur Rachid BENLYAZID EL HASSANI

Maladies Respiratoires - Maladies Allergiques

Tuberculose - Asthme

الدكتور رشيد بن اليزيد الحسني

أمراض التنفس • أمراض الحساسية

مرض السل • الربو (الضيق)

Tanger, le طنجة في
04 04 2023

Mr TAOUZI AHMED

RX THORAX

PNEUMOPATHIE DROITE

Dr.Rachid BENLYAZID EL HASSANI
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
91, Av Mohammed V - Tanger
Tél: 05 39 94 13 68

إقامة يسمينة 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68 المحمول : 0661 16 46 64
Résidence Yasmina 91, Av. Mohammed V 2ème étage N° 5 Tél : 0539 94 13 68 Mobile : 06 61 16 46 64 - TANGER

1000
مليجر الملم



أغراض فعالة
باراسيطامول



COOPER
PHARMA

COMPOSITION:

Paracetamol 1000mg
Excipients q.s.p un comprimé effervescent

Excipients à effet notoire : Sodium, Aspartame, Sorbitol.

COMPOSITION:

Paracetamol 1000mg
Excipients s.q.f one effervescent tablet.

Excipients with known effect: Sodium, Aspartame, Sorbitol.

Excipients 1000mg

Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets

8X

1000 mg
One oral
Oral route



ANDOL®
PARACETAMOL

Douleurs - Etats fébriles / Pain - Fever

Arome Orange
Orange flavour

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 2010 Casablanca - Maroc.
Amina Doudou - Pharmacien responsable - Head pharmacist

Fabriqué par / Manufactured by /

MC PHARMA, 21 Ouled Salih - Nouakchott



COOPER
PHARMA



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8X

14150

EXP :
LOT N° :



CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.
اقرأ النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

PPU: 221,00 DH
LOT: 648976
PER: 01/24



Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin

Voie orale

Boîte de 10 comprimés pelliculés

Ne pas dépasser les doses prescrites

Composition :

Chaque comprimé pelliculé contient :
DCI : ciprofloxacin 500 mg
sous forme de chlorhydrate monohydrate : 583 mg
Excipients 95 mg

مكونات 500 mg
كل قرص ملصق يحتوى على كل قرص ملصق يحتوى على 583 mg
أغذية كلوروفلوكساسين حارثي الصيغة مع سوائل كافافية

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver ce médicament à une température ambiante.

Sous ordonnance médicale.

Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.

Tableau A (Liste I).

يترك بعدد عن تناول وعن أظفار الأطباء
تحت وصفة طبية
يجب فراغة التعليمات بعناية قبل استخدام هذا الدواء
بعد التوصل بالنتائج (التحدة)

سيبيسيين® 500 مع سيريفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة