

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

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ 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° M21- 0014410

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN DAKHANA SAAD

Date de naissance : 01/04/54

Adresse : 3, Rue IBRAHIM RABAT

Tél. : 0678025601 Total des frais engagés : 518,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur A. DAOUDI
O.R.L.
6, Rue DERNA - Rabat
Tél : 05 37 70 58 88

Date de consultation : 10 Aout 2023 (Dextère Vignat)

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN DAKHANA SAAD

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bénigne

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

10/04/23	CS		300,00	 Docteur A. DAUDI 6 - Rue DERNAT - Rabat Tél.: 05 37 70 58 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

	10/04/23	218,00
----------------------------------------------------------------------------------	----------	--------

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

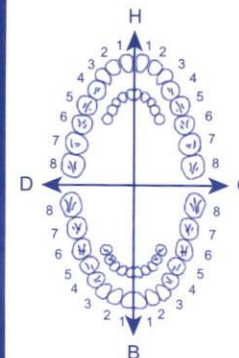
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

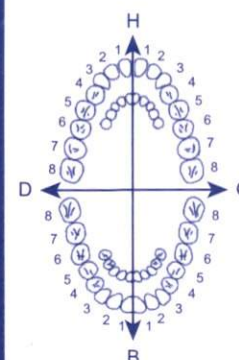
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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

Docteur A. DAOUDI

Lauréat de la faculté de Médecine
de Nancy

DIPLOME D'OTO-RHINO
LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE



الدكتور عبد اللطيف الدلوي

خريج كلية الطب بنانيسي

اختصاصي في أمراض الحلق
والأنف والأذن
جراحة الوجه والعنق

الرباط، في 15/04/2013

M. Benjelloun DORTAVES SAND

Auguee (500) 138,30

2 un
2 le

Azix (500) 79,70

1 par

T = 218,100

PHARMACIE DE LA MARNE
42, Rue Paterne Lumumba
RABAT
Tél : 0537 75 63 11-0537 76 42 57

Docteur A. DAOUDI
6, Rue Derna - Rabat
Tél : 05 37 70 58 88

B200926-02

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg

32 comprimés pelliculés



gsk

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

500mg/62,50mg
Comprimé

32 Comprimés
Pelliculés

32 قرص ملبس

جرعة واحدة = قرصين = 1 غ
عن طريق الفم

ADULTE

أو غممتان 500 ملغ / 62,50 ملغ

أموكسيسيلين / حمض الكلأولانيك
أقرص ملبس



1 Prise = 2 Comprimés = 1g

Voie Orale

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C.
يُحفظ تحت درجة حرارة أقل من 25° ويحمى عن الرطوبة

Ce médicament peut causer des allergies
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية
يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat
Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc
42 - 44 - Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed
AlGhazali, Casablanca 20 000

IMPRIMEPEL
07/18

AZIX® 500 mg ○
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

أقراص
قابلة للكسر

3

بوتي ش.م
82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

b

®

أزيكس

أزيتروميسين

500 ملغ
عن طريق الفم

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

COMPOSITION :

97x45x18

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

10



**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

AZIX[®]
Azithromycine

500 mg
Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

3 Comprimés
sécables



b

bottu S.A.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

12/20
100008

AZIX[®]
Azithromycine
500 mg



PPV 79DH70
PER 12/20
LOT 12602

