

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.

161175

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJELLOUN DAKHAMA SAAD

Date de naissance :

01/04/54

Adresse :

3, Rue IBN TIA et KIFNE RABAT

Tél. : 06 78 02 56 01

Total des frais engagés : 518,85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Date de consultation :

10 Avril 2023 (Docteur A. DAOUDI)

Nom et prénom du malade :

BENJELLOUN DAKHAMA SAAD

Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rejigjive

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) :



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
10/04/23	CS		300,00	DOCTEUR A.R. DAOUDI 6, RUE D'ERNA 76 53 000 RABAT Tél: 0537 76 83 11-0537 76 42 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DE LA MARNE 42, Rue Patrice Lumumba BP 100 Tél: 0537 76 83 11-0537 76 42 00	10/04/23	218,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet 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 canalaire, 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	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	G	
		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 الداودي

خريج كلية الطب بنانسي

اختصاصي في أمراض الحلق
و الأنف و الأذن
جراحة الوجه و العنق

Rabat, ٢٣ فبراير ٢٠١٦

Dr. Seydoune Docteur Saad

Augmentation (500) ١٣٨,٣٥

2 unité

2 le tout

Azix (500) ٧٩,٧٥

1 flacon

T = ٢١٨,٠٥

Docteur A. DAOUDI
O.R.L - Rabat
6, Rue Derna - Tel: 05 37 76 42 57

PHARMACIE DE LA MARNE
42, Rue Pasteur - Lumumba
RABAT
Tel: 0537763311-0537764257

6, زنقة ديرنا (ساحة بيترى) الرباط

الهاتف : Tél. : 05 37 70 58 88

Comprimés = 16 Prises

32

ADULTE

Comprimé
500mg/62,50mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg Comprimé
1 prise = 1 g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى قفاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV : 138,30 DH
LOT : 650244
PER : 05/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

Amoxicilline trihydrate,
quantité correspondant à amoxicilline 500,00 mg
Clavulanate de Potassium,
quantité correspondant à acide clavulanique 62,50 mg

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

ADULTE

500mg/62,50mg
Comprimé

أموكسيسيلازون ٥٠٠ مللي
محض (الكلور النيكك) ٦٢,٥٠ مللي
لقرص طبلق

مللي

أموكسيسيلازون ٥٠٠ مللي
محض (الكلور النيكك) ٦٢,٥٠ مللي
لقرص طبلق

مللي

B200926-02



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

500mg/62,50mg
Comprimé

32 Comprimés
Pelliculés

ADULTE

أو
غمتان
500 mg / 62,50 mg
اموكسيلين / حمض الكلوانيك
أراس ملبيك



1 Prise = 2 Comprimés = 1g
Voie Orale

جرعة واحدة = قرصين = 1g
عن طريق الفم

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C.
يحفظ تحت درجة حرارة أقل من 25° و بعيداً 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

هذه التراة يجب بيبس حالات حساسية
حيثما بعدوا عن متبرل ومرأى الأطفال

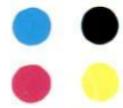
اقرأ النشرة بانتهاء قبل الاستعمال
Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc
42 - 44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed
AlGhazali, Casablanca 20 000

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg

32 comprimés pelliculés



IMPRIMEPEL
07/18



AZIX® 500 mg

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941 9

أقراص
قابلة للكسر

3

b

بوتي شم

82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س.ال بشوشى - صيدلى مسؤول

10

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

®

أزيكس®
أز يترو ميسين

500 ملغ
عن طريق الفم

Excipients q.s.p 1 comprimé
Azithromycin 500 mg

COMPOSITION :

97x45x18



**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

AZIX®
Azithromycine

500 mg
Voie orale

P P Y
P E R . 7 9 D H 7 0
L O T 1 2 / 2 0 0 8
U N I T

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

3 Comprimés
sécables



82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

1220
100008

AZIX®
Azithromycine 500 mg