

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0049090

A66636

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5579

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUAA EL MOSTAFA

Date de naissance : 30/06/2093

Adresse : AVENUE DES ROSES N°4 LOTS SANAE3

BRAVES 2 TANGER

Tél. : 0670300608 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

د عبد العزيز الصالحي
Dr. SALHI Abdellatif
Dermatologue
Imr. Appt 14 Place de France
Tel. 0533 17 14 66 - Tanger

Date de consultation : 15/06/2023

Nom et prénom du malade : N'CHOUAA EL MOSTAFA

Age : 66 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermato

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 : 15/06/2023

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
15.06.23	4	1	1300,00 DH	Dr. SALHI Abdellaziz Dermato-Vénérologue Bn & Appt 17, Place de France Tél: 0539 37 14 69 - Tanger

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Pasteur Imo TBENI KAROUN Place de France - TANGER INPE : 162048375	15/06/23		10305

AUXILIAIRES MEDICAUX

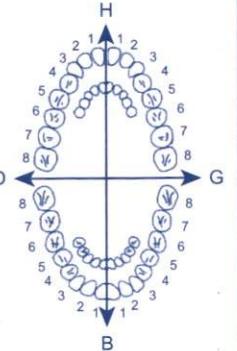
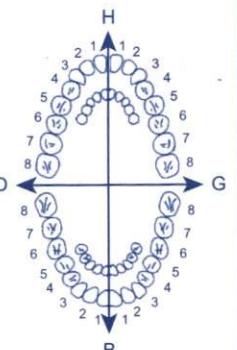
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	HV	
					-	

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	DATE DU DEVIS
D	00000000	00000000		
G	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz SALHI

DERMATO - VENEREOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Poitiers (France)
Spécialiste des Maladies de la Peau
Cuir Chevelu, des Ongles, et des
Maladies Sexuellement Transmissibles
Test d'Allergie Cutannée - Chirurgie
Dermatologique

الدكتور عبد العزيز الصالحي

خريج كلية الطب ببواتي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض الجلد

الشعر والأظافر والأمراض التناسلية

جراحة الجلد - اختبار الحساسية الجلدية

Tanger, le : 15.06.23 طنجة، في:

N° CHOUA A EL Mekka

112.004 Diakoplip spray 100ml x 2 bottles x 08T

66.80 2/ flacon 100ml x 2 bottles x 08T

22.2.00 3/ Ang-ekin 100ml x 1 bottle x 08T

52.80 4/ Oxytet 20g 1 pot x 1 bottle x 08T antiseptics x 08T

48.40 5/ Solmed 20g 1 pot x 1 bottle x 08T

27.00 x 2 123.50 6/ Getacyl 16% jectable 100ml x 08T

Pharmacie Pasteur
Mme TBENCHEROUN
3 Place de France - TANGER
INPE: 162048375

د. عبد العزيز الصالحي
Dr. SALHI Abdelaziz
Dermato Vénérologue
tun. 8 Appt. 14 Place de France - Tanger
Tél.: 05 39 37 14 69

عمارة 8 ساحة فرنسا، النسخة رقم 14 - طنجة - الهاتف: 05 39 37 14 69

INPE : 161123609 - ICE : 002066453000072

AUGMENTIN
AMOROLLINE ACIDE CLAVULIQUE

1g/125 mg
Sachets

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

Luire la notice attentivement avant emploi.
مكبس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الإفطار وخلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 222,00 DH
LOT : 651617
PER : 02/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

160

160

جانتوزيل®

جانتوزيل®
جانتاميسين فاندلة
للمخن الصناعي
علبة بها أربعة ملليلتر

GENTOSYL®160

PPV 27DH00
EXP 09/2025
LOT 22018 2

70X25X20

GENTOSYL®160

PPV 27DH00
EXP 09/2025
LOT 22018 2

TER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المع

ى sur ordonnance - Tableau A (Liste)

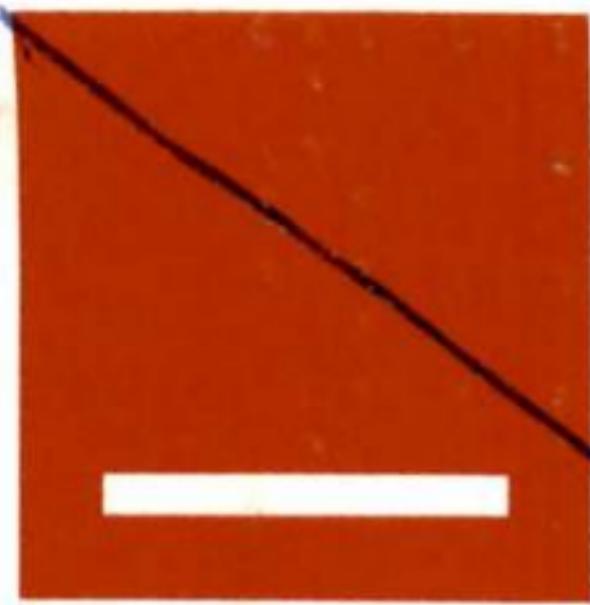
بصرف قط بموجب وصفة طبية - جدول

-Aventis Maroc
de Rabat -R.P.1,
Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

118000 060536

OPEN



FLAMMAZINE® 1% Crème

Sulfadiazine
argentique

 ALLIANCE

OMEPRAL® Promopharm

Oméprazole 20 mg

14 gélules

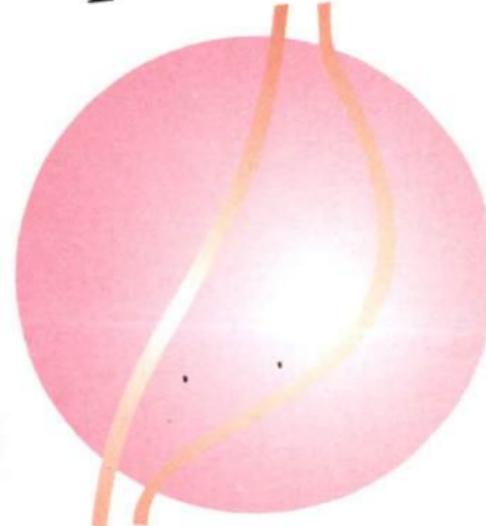
Voie orale

Composition :

Oméprazole 20 mg
Excipients (Dont saccharose) q.s.p 1 gélule

التركيبة
أوميپرازول

السواغات (بما فيهم السكرن) 20 مغ
ما يكفي للكبسولة واحدة



Ne pas dépasser les doses prescrites
لا تتجاوز الجرعات المحددة
Tableau C (Liste II)

Fabriqué par : PROMOI
Zone industrielle du Sal
BP 96/97, 26400, Hadj
مولفار، شركة معاونة
96 المطقة الصناعية
ـ حسوانـ المغرب

52180

03456789
03456789
03456789



جانطوزيل®

جانطاميسين قاعدة

6



GENTOSYL® 160mg
6 ampoules injectables



محلل للحقن العضلي
علبة بها 6 أمبولات 2 مل

160

GENTOSYL® 160

Gentamicine base (sous forme de sulfate)	160 mg
Parahydroxybenzoate de méthyle	2,600 mg
Parahydroxybenzoate de propyle	0,400 mg
Métabisulfite de sodium	3,250 mg
Edétate de sodium	0,200 mg
Eau p.p.i.qsp	2 ml

AMM N° 81 DMP/21

FORMULE :
FORMULA :

IMPRIME PEL
10/19