

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-798029

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé au adhérent (e)			
Matricule : <i>1839</i>	Société : <i>194982</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>TAOUZI AHMED</i>
Nom & Prénom : <i>TAOUZI AHMED</i>		Date de naissance : <i>13 09 1952</i>	
Adresse : <i>M, Rue Ibn HAITAM TANGER</i>			
Tél. : <i>06 65 33 22 33</i>	Total des frais engagés : Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Age: <input type="checkbox"/> Enfant
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compagnon
Nature de la maladie :	
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.	

ACCUEIL
RECEPTION
13 FEV. 2021
MUPRAS

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la cause relative à la protection des données personnelles
Fait à : *TANGER* Le : *09/01/2024*
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
				INP : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de SOUÏA - TANGER</i>	<i>9/1/2024</i>	<i>10240</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

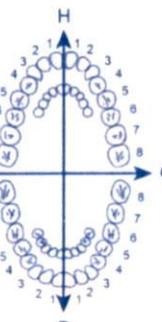
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	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"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </table>		H	21433552	25533412	00000000	<hr/>		D	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<hr/>		B	G
		H	21433552																
		25533412	00000000																
		<hr/>																	
		D	00000000																
<hr/>																			
35533411		11433553																	
<hr/>																			

COEFFICIENT DES TRAVAUX		**[Création, remont, adjonction]** Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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					

M.....

صيدلية باريس

Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

Tanger Le 9/1/2024 Facture N° 69

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	2x200 mg	30	79,70
1	Riminiol	30	22,70
			102,40

Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24



POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :

Adu!te : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSE A LA PORTEE DES ENFANTS.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AZIX®

Azithromycine

ANTIBIOTIQUE
RHUME 500 mg
Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé

بزيك 500

ر

3 Comprimés
sécables



bottu S.A.

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

AMM N° 45 DMP/21/NRQ



3



6 118000 040941
Azithromycine 500 mg
3 Comprimés sécables

AZIX®

٦٢٦٢

رِينُومِيسيَن

٦ جم - جرعة كافية
٤٤ جم - جرعة
٤ جم - جرعة كافية

RINOMICINE®
رِينُومِيسيَن

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما ٥

Etats grippaux - Rhume
Fièvre - Ecoulement nasal
Courbatures - Refroidissement

RINOMICINE®

10 sachets

Poudre pour solution orale

Composition :

Chaque sachet contient :

- Chlorphénamine maleate.....	4 mg
- Phénylephrine chlorhydrate.....	6 mg
- Salicylamide.....	200 mg
- Paracétamol.....	400 mg
- Caféine.....	30 mg
- Vitamine C	300 mg
- Excipients q.s.p.....	10 g

Excipients à effet notoire : saccharose (8 g par sachet), jaune orangé S.

كل كيس يحتوي على :
- كلورفينامين ماليات..... 4 مغ
- فينفرين كلور هيدرات..... 6 مغ
- سلسيلاميد..... 200 مغ
- باراسيتامول..... 400 مغ
- كافيين..... 30 مغ
- حامض اسكوربيك..... 300 مغ
- سواع كمية كافية لـ 10..... 10 مغ

لائحة سواع ذات تأثير معلوم : السكاروز (8 g في كل كيس)، ملون أصفر برتقالي S.

Rinomicine® boîte de 10 sachets
11180000090762

6

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيداً عن الرطوبة.

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.