

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

- Reclamation : 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.

Nº P19- 056410

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18 68 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BIRBLAT

Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

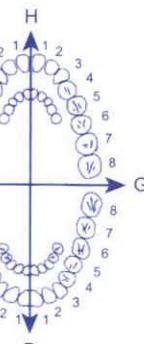
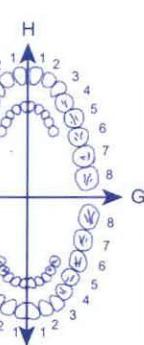
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

BELLEVE 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'ICD.

| 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 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | | 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 | |
|--|--|--|---------------------------|---------------------------|--|
| | | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> |
| | | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | G 00000000 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'exécution | | | |

| VOLET ADHERENT | NOM : | Mme |
|---|----------------|------------------------|
| DECLARATION N° | P 17 / 0051413 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 1848 | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom & Prénom | | B. T. BIAT Mohamed | |
| Fonction | RETIREE | Phones | 0522915010 |
| Signature de l'adhérent | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient FILALI NAJIA | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age 67 ans |
| Date 25.02.2020 | | | |
| Nature de la maladie Dermatose | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| C | | | 200,00 |
| PHARMACIE | | Date 25/02/2020 | |
| Montant de la facture | | 461,70 | |
| Signature du pharmacien PHARMACIE AL BOUSTANE Houda BELHOCINE 500 Bd Ibn Sina Derb El Widad Hay Hassan CASABLANCA Tel.: 0522903397 | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | | |
| CACHET | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| CACHET | | | |

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفرز

155، شارع أفغانستان

حي الحسنى - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

25 FEV. 2020

Casablanca, le

FIL ALI RAJIA

99,00

- VVRanne N° 2

65,00 1/1/1



- Weeg



39,50
- Diprose acce



75,00 Mykh /, sur les jambes et genoux

- Oestrim



89,00 1/1/1
- Cedol



168,90 1/1/20

- Augmenter 1g (16)

1811 ex/1



Docteur Abdellali TLEMÇANI
Médecine Générale
Santé publique
155, AV. 10 MAI 1958
Casablanca
Tél. 05.22.90.33.90

Signature: _____
Date: _____

PHARMACEIAL BOUSTANE
Houda BELHOUCINE
580 Bd Ibn Sina Derb El Widad
Hay Hassani - CASABLANCA
Tel. 05.22.90.33.97

الرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

189 60

رقم الملفحة / Batch N° /
Fab / Mfd / تاريخ الإنتاج
Per / Exp / تاريخ انتهاء الصلاحية

COOPER PHARMA
PPC : 75,00 DH

02/1905/2019
02/2019
2022

V001 - 08/18 - ETOROS3DGEXP



3 525722 016681

France

8- Rue Christophe Colomb, 75008 - Paris
Laboratoires JUVA SANTE

L'efficacité du PANAX GINSENG C.A MEYER est prouvée par
plusieurs études et travaux scientifiques réalisés chez l'homme

Boîte de 10 ampoules de 10 ml

PRÉSENTATION :

Préndre une ampoule par jour de préférence le matin.
Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits.

CONSEILS D'UTILISATION :



PROPRIÉTÉS :

Pour raviver l'éveil et reconstruire

La Guarana et le Mate contiennent

Extrait de Guarana.....

Extrait de Mate.....

PANAX GINSENG C.A MEYER

COMPOSITION POUR UNE

YLLE

Juvamine

cours

issant

éputée

130mg

.67 mg

.56 mg

- القراءة
- الامثل (لدى الأطفال)
- الآثار الجانبية قبلة الشفاعة:
- يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 100:
- ملتحم جلدي، حكة
- فحق جلدي يبارز مع حكة (ترندين).
- سرير البصري
- دوار
- صداع الرأس.



AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable

RESPECTER LES DOSES PREScrittes

PPV: 168,20 DH
LOT: 623726
PER: 05/21



Classe pharmacothérapeutique

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables de maladies causées par des bactéries sensibles à des molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. Il contient également une autre substance active, l'acide clavulanique, qui peut empêcher les bactéries de se reproduire.

Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux germes sensibles à l'amoxicilline. Il est prescrit dans les situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection sont résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains médicaments, il vous conseille de ne pas prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : si vous prenez jamais AUGMENTIN :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (dans la rubrique 6).

• Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement.

• Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un trouble dans le fonctionnement du foie lors de la prise d'un antibiotique.

→ Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations suivantes. En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Faites attention avec AUGMENTIN :

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN si :

- vous souffrez de mononucléose infectieuse,
- vous êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- vous n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection. Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent ou un autre médicament.

Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer notamment des réactions allergiques, des convulsions et une réaction de type anaphylactique.

Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière » et « Tests sanguins et urinaires ».

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges, bilan hépatique) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devrez informer l'infirmier (ière) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN peut modifier les résultats de ces types de tests.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament,

البراز, الذي يفتح عن ارتفاع معدل البيتروجين في الدم (وهي مادة ينتجها البشرة وفي المنطقة اليعسوب من العين).

• التهاب الكلية: است�性 مدة تغطى الماء.

• فرط الشفاء.

• تشنجات (لدى الأشخاص الذين يتلقون هرارات مرئية من أصل ستة أو سبعة).

• اللسان الأسود (تشعر اللسان).

• الآثار الجانبية التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم أو البول:

• التهاب مهب في عدد الكريات البيضاء.

• انخفاض عدد الكريات الحمراء (أدنى 3 ملايين الألثاقي).

• بثورات في البول.

• آثار تظهر على الأذن (جيوب).

← إن أصبح أحد الآثار الجانبية هاماً أو مزعجاً، أو إذا ظهر عليك آخر جانبي.

فحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي.

التصرّف بالآثار الجانبية

إذا حصلت بأثر جانبي، فحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي. وينطبق ما

غير مذكر في هذه النشرة الدوائية.

5. كيف يمكن حفظ أو متناوله؟

يحفظ بعيداً عن مرآى و متناول الأطفال.

تاریخ تهادی الصلاحیة

لا ينهي استخدام أو متناول بعد تاريخ الصلاحية المذكور على العلبة.

شرط الحفظ

يحفظ بعيداً عن الرطوبة وفي حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

تحذيرات خاصة

لا ينهي زمي الأدوية في شيكة المحاري أو مع التفاصيل المذكورة لستر السينا.

غير المستخدمة قد تساعد هذه التدابير في حماية البيئة.

6. معلومات إضافية

ما الذي يمكنني عليه لو أخذت鱗 1 غ/125 مل للكبار، مسحوق لمحلول قابل للذوبان؟

N200814-0

Si vous prenez AUGMENTIN,
→ Si l'un des cas ci-dessous

12 Vitamins

weez® multivitamins

9 Mineral salts and
trace elements.

Close the tube immediately after use.

Keep out of reach of children.

Store in a cool and dry place.

FORME/PRESEN-

Tube of 20 or 8 effe-

COMPOSITION:

Each effervescent tablet

Excipients :

Arôme orange

Voie orale



12 vit

**20 comprimés
effervescents**

| | | |
|----------------------------|---------|--------|
| Vitamin A | 50 mg | 30%* |
| Vitamin C | 4,5 mg | 30%* |
| Vitamin D | 1,5 mg | 43%* |
| Vitamin E | 0,45 mg | 22,5%* |
| Thiamine (Vit. B1) | 25 µg | 100%* |
| Riboflavin (Vit. B2) | 30 µg | 20%* |
| Niacin (Vit. B3) | 15 µg | 30%* |
| Pantothenic acid (Vit. B5) | | |
| Vitamin B6 | | |
| Biotin (Vit. B8) | | |
| Folic acid (Vit. B9) | | |
| Vitamine B12 | | |

Lot/Batch n° :

Exp. date :

| | | |
|-------|---------|--------|
| recom | 50 mg | 30%* |
| se | 4,5 mg | 30%* |
| m | 1,5 mg | 43%* |
| m | 0,45 mg | 22,5%* |
| recom | 25 µg | 100%* |
| num | 30 µg | 20%* |
| recom | 15 µg | 30%* |

Recommended Daily Intake

Dosage :

Adult : 1 effervescent

Direction of use :

Put the tablet in a glass

65,00

ete dissolution.

CONTRAINDICATIONS :

Hypersensitivity to one of the compo...

NUTRITIVE VALUE FOR 1 TABLET :

| | |
|--------------|--------------------|
| Energy value | 8,3 Kcal (34,6 Kj) |
| Sodium | 71 mg |

Food supplement not a medecine.

Close the tube immediately after use.

Keep out of reach of children.

Store in a cool and dry place.

MC PHARMA
Laboratoire pharmaceutique

Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Morocco

Responsible pharmacist : O. MOTI

Céadol®

IDENTIFICATION COMPOSITION

Paracétamol

Phosphate de codéine

(Quantité correspondante

Excipients q.s.p.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable

- CLASSE PHARMACEUTIQUE CE

DANS QUELS CAS

Traitement chez l'adulte ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine

Céadol®
20 Comprimés



22,00

1,00 mg
0,00 mg
14,8 mg
imprimé.

aspirine ou



ستمديك