

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-530533
MUPRAS 25248

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 13338	Société : ACCUEIL SIEGE RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : FARAH FAIK	
Date de naissance : 15/11/1996	
Adresse : Hay Laâla Meriem Bloc C n° 205 Bou Slimane	
Tél. : 06 64 03 09 66	Total des frais engagés : 344,00 DH

Cadre réservé au Médecin : **F. N. JEDDI**
OTOLARNGOLOGISTE
Apt 407 - 10000 Rabat - Maroc
PUBLAI - Mohammedia
Tél: 0524 32 14 48

Date de consultation : 22/02/2020	Age : 24
Nom et prénom du malade : Fella FAIK FARAH	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : affection ORL	
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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
22/2/20	CS		250.0H	INP : 195110808813 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/20	94,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan d'explorations.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Najat JEDDI

Diplômé d'Etat de la Faculté de
Médecine de Paris
Ancienne attachée des Hôpitaux de France

Oto - Rhino - Laryngologue (ORL)

Spécialiste Nez - Gorge - Oreille

Chirurgie de la face et du cou

surdité et vertige



الدكتورة نجاة جدي

خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة سابقة بالمستشفيات
المختصة بفرنسا

اختصاصية في أمراض الرأس

الأذن - الأذن والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

Mohammedia, le 22/02/20

M ell

FAIK Forsh

55,000 Armoil 1g q dig

1cp x 2/1 1/6

Kopred 20 mg q eff 1/6
3cp/1 en une prise matinale /6

21,000 Felran wchit adult 1l

1wchit x 3/1

17,000 Pulmophluide
1ws x 3/1

054.00

INP : 091080887

إقامة الحديقة، شارع عبد الرحمن الصرغيني المحمدية - الهاتف :

Av. Abderrahmane Serghini, Résidence AL HADIIKA Mohammedia - Tél.: 0523.32.14.48

Dr. N. JEDDI
OTORHINO-LARYNGOLOGISTE
Dr. Abderrahmane Serghini
Mohammedia

Tél. 0523.32.14.48

FEBREX®**FEBREX®****Adulte****composition :**

hénirammine maléate	25 mg
paracétamol	500 mg
cide ascorbique (Vit C)	200 mg
excipients q.s.p.	un sachet.

liste des excipients à effet notable : Saccharose 7,90 g.**forme Pharmaceutique :**

granulés pour solution buvable. Boîte de 8 sachets.

indications thérapeutiques :

Traitement symptomatique des :

Etats grippaux

Rhinites allergiques / rhumes

Rhinopharyngites

Mode et voie d'administration : Voie orale.

réservé à l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans, 1 sachet 2 à 3 fois par jour à dissoudre dans une quantité suffisante d'eau.

Ne pas laisser à la portée des enfants.**Avis en garde : lire attentivement la notice.**

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Rhume**État Grippal****Rhinite Allergique****Rhinopharyngite****8****Sachets de Granulés****FEBREX® Adulte**

6 118000 310624

**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques

**Voie Orale**

PHARMED
LOT : 3568
UT.AV: 06-22
PPV : 21DH00



amoxicilline

1g

12 comprimés
dispersibles

AMOXIL

Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١غ، يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بالنتوء قبل الاستعمال

Ce medicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau

بلغ مع كأس من الماء

ouA mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة الفرمس في كوب من الماء وحرك الخليط

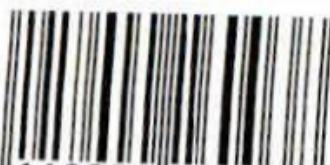
PPV: 55,00 DH

LOT: 619188

PER: 01/21

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

6 118000 080343



Solution buvable 150 ml



Pulmofluide® simple

בנוסף לבריאות הריאות
הטבילה מושגת גם בבריאות הכלום
ולבון. מומלצת כטיפול יומיומי
בבוגרים וילדים.

הנחיות
הדרישות
הדרישות
הדרישות



הדרישות
הדרישות
הדרישות
הדרישות

טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C

טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C

טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C
טמפרטורה: 25°C

דוחהן גודל: 20110 דוחהן גודל: 20110
דוחהן גודל: 20110 דוחהן גודל: 20110

COOPFER

טמפרטורה: 25°C

טמפרטורה: 150 ml

טמפרטורה: 150 ml

טמפרטורה: 150 ml
טמפרטורה: 150 ml
טמפרטורה: 150 ml

טמפרטורה: 150 ml

טמפרטורה: 150 ml

טמפרטורה: 150 ml

טמפרטורה: 150 ml
טמפרטורה: 150 ml

18,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

pulmofluide®
simple