

COMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043669

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

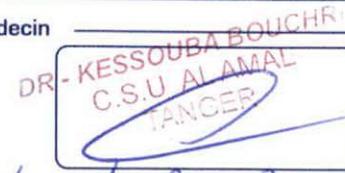
Date de naissance : 1958

Adresse : Lot 3 ENOASA Rue 18 N° 19 Tanger

Tél : 0606 282535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Parodontite chronique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Biologie 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.

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

RELEVÉ 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
8/2/20	soins		Gratuit	DR. KESSOUBA BOUJEL D.S.U AL ANASSER TANGER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-02-20	199,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canauxaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE .

Le: 10/2/20

Boukhale Fatima
DR-KESSOUBA BOUCHRA
C.S.U ALAMAL
TANGER.

6010

1 / Mars, lele (SV)

1 ep 30 / 18

2390

2 / Poley (SV)

11500

3 / Actou (SV)

19900

10 / 2 / 20 (SV)
DR-KESSOUBA BOUCHRA
C.S.U ALAMAL
TANGER.

Composition :

AMOXICILLINE..... 1 g
(sous forme trihydratée)
ACIDE CLAVULANIQUE..... 125 mg
(sous forme de clavulanate de potassium).
Contient de l'aspartame.
Conserver à une température inférieure à 25°C
et à l'abri de l'humidité.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice.



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance. Liste I

ACLAV 1g/125mg Poudre pour
suspension buvable, 14 sachets



A.M.M. : 116 DMP/21/NNP

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour
suspension buvable
en sachet*

1g/125 mg

14 sachets

Antibiotique
Voie orale

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5



أكلاف
أموكسيسيلين + حامض كلافيلاينيك

LOT : 5251
PER : 09-21
P.P.V : 115DH00

1 غ / 125 مغ

14 كيسا

POLERY ADULTES

LOT:511
PER:06/22
PPV:23.90DH

Codéine base g
Extrait fluide d'Erysimum 2,400 g
Excipient q.s.p 100 g de sirop
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,
nipagine.
Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES 
Sirop - 200 ml



Fabriqué sous Licence de **PIERRE FABRE MEDICAMENT**
par le **Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA**



Z.I I2 Tit Mellil Casablanca



SANOFI

24 COMPRIMÉS ENROBÉS
COATED TABLETS

Voie orale / Oral use

ADULTE / ADULT ALPHA-AMYLASE 3000 U.CEIP



MAUX DE GORGE / SORE THROAT

Maxilase®

CEIP وحدة 3000 - ألفا-أميلاز - المصنوع في
عن طريق اللسان - 24 قرصا مغطيا

لاستيفان
إيم الطيب

التركيبة: ألفا-أميلاز - 3000 وحدة CEIP وحدة 3000
التركيبة: ألفا-أميلاز - 3000 وحدة CEIP وحدة 3000
التركيبة: ألفا-أميلاز - 3000 وحدة CEIP وحدة 3000
التركيبة: ألفا-أميلاز - 3000 وحدة CEIP وحدة 3000

Fab./Mfg.:

Lot/Batch:

EXP.:



34009 30653074

مدرسة
أذوية مصر
أذوية مصر
أذوية مصر

33565 Carbon Blanc, France

1, rue de la Vierge

Ambarès-et-Lagrave

Sanofi Winthrop Industrie

المصنوع في
المانيا

1-13, boulevard Romain Rolland

75014 Paris, France

sanofi-aventis France

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

5800735

PPV:
09DHD10

saccharose, lactose.
amaro alaznajo S (E110).

Importante:

Excipientes com efeito

para um comprimido revestido.

Alfa-amylase - 3000 U.CEIP

Compositio:

24 comprimidos revestidos

Via oral.

ADULTO

Maxilase® DORES DE GARANTIA

KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Store below 25°C

Read carefully the package insert before use.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

À conserver à une température inférieure à 25°C

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

1 comprimé 3 fois par jour au cours des repas.

Posologie: RESERVEZ A L'ADULTE.

Médicament non soumis à prescription médicale.

lactose.

Excipients à effet notoire: jaune orangé 5 (E110), saccharose.

pour un comprimé enrobé.

Alfa-amylase - 3000 U.CEIP

Compositio:

Do not use this medicine for more than 5 days without medical advice.
1 tablet 3 times daily during meals.

Dosage: FOR USE IN ADULTS ONLY.

Medical product not subject to medical prescription.

lactose.

Excipients with a specific effect: orange yellow 5 (E110), sucrose.

For one coated tablet.

Alfa-amylase - 3000 U.CEIP

Compositio: