

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

ns générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

macie :

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'entête du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 057168

8 4430

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Embâce Nacir

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 35 58 39 98 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
			160,00	
INP = 131252520		DRS.		Dr. NACIR Médecin généraliste INP - MARS

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMNA Dr. Bousnina Smail Bouzareah en Pharmacie 12, Rue Amazigh Beauséjour Tunis : Tél: 03 22 38 06 70	24/07/2021	108080

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	

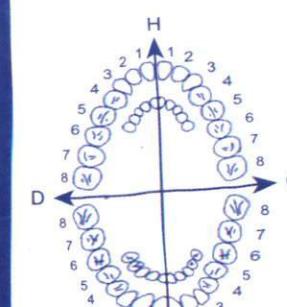
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 cancéreux.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE

الدكتور ناصري ناجي
Dr. Naciri Naji
خريج كلية الطب بفاس
Diplômé De La Faculté
De Médecine - Fès

الطب العام

Médecine Générale

O R D O N N A N C E

Aghbalou Le

② S. V. Throax 500 mg x 3

14,50 14/1 Jean x 6

③ Vite e 500 mg
153 x 2 Jean x 2

④ S. V. Fast
56,50 14/1 Jean x 3

⑤ S. V. 0,4
14/1 Jean x 3

⑥ S. V. 20 mg x 20
65,00 14/1 Jean x 3

⑦ S. V. 200 mg
108,00 14/1 Jean x 3

06 90 02 38 89 05 35 58 39 98

Centre Aghbalou
N'cerdan, Province Midelt

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2023
LOT 00057 16

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2024
LOT 11026 15

UT.AV.: 1.0 2 + 2.2

P.P.V.

79 70

LOT N°: 12999+5

09366030/4

132,00

132,00

65,00

إنتوكسابارين صوديك

LOT 203027

EXP 12 2022

PPV 347.00 DH

مليون ٢

PHARMACY 5

١٥٠

٨٤٤,٥٥

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

Doliprane®
PARACÉTAMOL 1000 mg



COMPRIMÉ

PPV: 14DH00
PER: 03 / 24
LOT: K892



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

ADULTE
10 Comprimés

Doliprane®
1000 mg
ADULTE
10 Comprimés

bottu s.a.
10 Comprimés

09/19
100025

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP / 21/NNP.



Composition:

Cholécalciférol 25 000 UI

Excipients, osp....., 1ml

Indications, posologie, mise en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نوعي الاستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :
اقرأ المنشورة جيدا قبل الاستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الماء و في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

4 أمبولات للشرب

د-كير® أمبولات

كوليكسيفيرول 25 000 وحدة دولية

فيتامين D3

Ergo Maroc



Solution huileuse buvable
 محلول زيتى للشرب

D-CURE® AMPOULE



39 rue du Parc Industriel
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

Fabriqué par SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

MPC2021/MAR/0014/18
26/03/2022

EXP: 11/2022
LOT: 20K26D
PPV: 56,30 DH

9

INDICATIONS ET POSOLOGIE :
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

Laboratoires Pfizer S.A.
Route de Oualidia
El Jadida - MAROC

3 comprimés

500 mg

ZITHROMAX®
azithromycine

FORMULE :
Azithromycine (sous forme de dihydrate) 500 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

® Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

U.T.A.V. : 1 2 2 2 2 2

P.P.V. : 7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 3 9 5

6 118000 250500



3 comprimés

ZITHROMAX® 500 mg

500 mg / 3 أقراص

زىثروماس-كمس
أزithromycin

