

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES RÉMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons 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.

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.

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 : peci@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2082(01) Société : AP 100

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAATDALI AYACHA

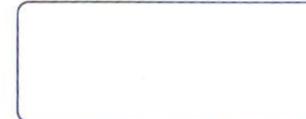
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06051961 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

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

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

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			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DE L'EXECUTION <i>(Signature)</i>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-473654

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 02 82 01 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : LAATAR AICHA Vve Ben RAFALIA ABDERRAHIM

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 51 29 41 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LEMBADHAR Noureddine
42, Rue Bir Anzarahe
Quartier Industriel
Tel.: 05 22 33 74 30 - Berrechid

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAATAR AICHA 41/1960 Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ROM Selle AICHA

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-473654

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/02/21	03	X1	150,-	INP : 061991262 Dr LEMBAZUAR MARIUS Dir. d'Assurance Maladie Assurance Maladie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBN ROCHD Dr. L'HACHMI HAFSA Dr. Idriss Laazhar Tél. 0522 32 70 41 Date: 07/10/2021	07/10/2021	265,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
 - Échographie générale
 - Dans le traitement de la di

Pharmacie Ibn Rochd
Dr. LHACHIMI HAFSA
30, Rue Moulay Idriss Laazhar
BERRECHRO - Tel. 0522 32 70 47
Fait à El Jadida

Fait à Berrechid le :

- شهادة الكفاءة :
- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الآلام

99%^o

A clear ig

23.9002 2nd

6 years ~~10ex 39~~ ~~David~~ ~~Spa~~-~~ber~~

22^o CEDOL

$$\frac{28.0^\circ}{\text{angle}} \approx 1$$

VIATION ples

~~265.80~~

L'EMPORIUM Noureddine
An 2000 Sir Anzarane
Quartier Industriel
Tél.: 0322 33 74 30 - Berrechid

VITATLON® plus

Gout sucré sans sucre

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS

Comprimés effervescents en boîtes de 10 et 20 comprimés.

COMPOSITION QUALITATIVE

Acide ascorbique (Vitamine C)

Pyridoxine (Vitamine B6)

Nicotinamide (Vitamine PP)

Aspartate de magnésium

Excipients QSP

CLASSE PHARMACOTHÉ

Anti-asthénique.

DANS QUELS CAS UTILIS

- Etats de fatigue passagers

- En traitement d'appoint de l

Ce médicament ne contient pas de régime hypocalorique.

DANS QUELS CAS NE PAS

- Lithases rénales oxalocalciques pour des doses supérieures.

- Levodopa (Cf. Interactions).

MISE EN GARDE SPÉCIALE

En raison d'un effet légèrement stimulant, il est préférable

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Liées à la présence de pyridoxine.

Levodopa : inhibition de l'activité de la Levodopa dopadécarboxylase périphérique.

Eviter tout apport de pyridoxine en l'absence d'inhibiteur de

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Reservé à l'adulte (à partir de 15 ans)

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

Aux doses thérapeutiques, VITATLON® PLUS n'entraîne pas d'effets indésirables.

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE

Aspartam

Sodium : environ 0,364 g de sodium par comprimé.

CONSERVATION

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

Ceci est un médicament

Un médicament n'est pas un produit comme les autres

Il vous concerne, vous et votre santé

Le médicament est un produit actif

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger

Il ne faut jamais abuser des médicaments qu'à bon escient

Utilisez les médicaments prescrits comme vous le conseille votre médecin

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, ne l'interrrompez pas, ne le

Votre pharmacien connaît les médicaments : suivez ses conseils

Il ne s'agit pas pour vous de prendre des médicaments en quantité importante

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin

NE LAISSEZ PAS LES MÉDICAMENTS À LA PORTEE DES ENFANTS

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD

LAPROPHAN S.A. - 21, Rue des Oudaya - Casablanca

210306F56771P290609

ACLA[®]

Amoxicilline + Acide clavulanique

COMPOSITION ET PRÉSENTATIONS :

COMPOSITION :	PRODUIT :	1 g/125 mg • Boîte de 12 sachets • Boîte de 16 sachets • Boîte de 24 sachets	Actav 500 mg/62,5 mg • Boîte de 12 sachets • Boîte de 16 sachets • Boîte de 24 sachets	Actav Enfant 100 mg/12,5 mg/1 ml Flacon de 60 ml	Actav 100 mg/12,5 mg/1 ml Flacon de 30 ml
Amoxicilline trihydrate : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre	1 g 125 mg	500 mg 62,5 mg	6 g 750 mg	3 g 375 mg	
Excipients	q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	10,30 g de poudre q.s.p	5,15 g de poudre q.s.p	

PROPRIÉTÉS :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bétalactamines, du groupe des amoxicillines. Actav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment : Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes. Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites. Les angines récidivantes, amygdales chroniques. Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque. Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques. Les pneumopathies aiguës du patient à risque. Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées dues à des germes sensibles. Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique. Les parodontites. Traitements de relais de la voie injectable. Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans. Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

- Absolues :
 - Allergie aux antibiotiques du groupe des bétalactamines (pénicillines, céphalosporines)
 - Mononucléose infectieuse.
 - Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
 - Phénylcétoneurie (en raison de la présence de l'aspartam)
- Relatives :
 - Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)
2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.
Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g / 125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)

A19033 Fleximat

፲፭፻፭

الفہم
تاریخ

Devia

لشكل والتقدم:
وسيدة وكس
أنا صاحب كل
علبة من 10

وكالبتوس مستخلص جاف من المادة الفعالة الإرجوانية.
مسحوقة العسل الطبعي: سبيارات المغبزون، سيلبيس عروياني.

بلد من مستحثصات البنات الطيبة المعترف لها بمفعولها
التيهات والمسالك التنسية.

De gorge éments passa

LOT: 210107
DLUO: 02/2024
69,000DH

التركيبة:
البرولولين،
هستالصلص ا
سووكا
ثروتدين، سوكا
دوسيمووكبس
المفيد للفوبيا

ستتوس: هزيل **الاحتضان** ويساعد على **التنفس**
ستفال: من الماء الفسفوري الأموناتية: يذوب ويغمر الملاعنة الذاتية
ستربينيل: مصاد للأكسدة مصاد للإلأهاب. مقاوم لللازم

خنجرات الإستعمال:

لا يستعمل في حالة المحساسبة لأحد الكوادر
لا تتجاوز الجرعات المسموحة
عندكم عذراً ولست بمدح