

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23391

Société :

(238802)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUAIFI MOHAMMED

Date de naissance : 01 / 01 / 52

Adresse : HAY BOUJTAZ RUE 8 N° 6 TANGER

Téléphone : 06 74 380187 Total des frais engagés :

42190 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed ABDALLAOUI
Pneumo Phtisiologue-Allergologue
19 Bis, Av. Omar ben Khattab
05 39 94 35 69 - Tanger

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : RME KABECH FATHIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Sx / Pe

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 : 1er Novembre 2022

Le : 1 / 11 /

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
19.11.22	Ca		300.00	 Dr. A. S. Ben Khattab pneumo. phys. 3944 - Allergologue BIS. AV. 3000 24-26-69 - Tanger

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 pharmacie Al-Taqir 55, Rue Ali Ibn Abi Taur Tunis - Tunisie Tel: 020 95 36 82 - TUNISIE	19.11.22	121.90

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a hexagonal crystal lattice with Miller indices labeled for several planes. The vertical axis is labeled H at the top, D at the bottom left, and G at the bottom right. The horizontal axis is labeled B at the bottom center. The Miller indices for the planes shown are:

- (100) plane: labeled at the top edge.
- (110) plane: labeled at the top edge.
- (200) plane: labeled at the top edge.
- (210) plane: labeled at the top edge.
- (300) plane: labeled at the top edge.
- (310) plane: labeled at the top edge.
- (400) plane: labeled at the top edge.
- (410) plane: labeled at the top edge.
- (500) plane: labeled at the top edge.
- (510) plane: labeled at the top edge.
- (600) plane: labeled at the top edge.
- (610) plane: labeled at the top edge.
- (700) plane: labeled at the top edge.
- (710) plane: labeled at the top edge.
- (800) plane: labeled at the top edge.
- (810) plane: labeled at the top edge.
- (1010) plane: labeled at the middle edge.
- (1110) plane: labeled at the middle edge.
- (2010) plane: labeled at the middle edge.
- (2110) plane: labeled at the middle edge.
- (3010) plane: labeled at the middle edge.
- (3110) plane: labeled at the middle edge.
- (4010) plane: labeled at the middle edge.
- (4110) plane: labeled at the middle edge.
- (5010) plane: labeled at the middle edge.
- (5110) plane: labeled at the middle edge.
- (6010) plane: labeled at the middle edge.
- (6110) plane: labeled at the middle edge.
- (7010) plane: labeled at the middle edge.
- (7110) plane: labeled at the middle edge.
- (8010) plane: labeled at the middle edge.
- (8110) plane: labeled at the middle edge.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

Dr. ABDALLAOUI Ahmed

Spécialiste Des Maladies

Du Poumon - Tuberculose

Spécialiste Des Maladies

Allergiques - Asthme

Diplômé De La Faculté De

Médecine De Nancy

Sur Rendez Vous

الدكتور عبدالاوي أحمد

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

داء السل - الضيقية

اختصاصي في أمراض الحساسية

خريج كلية الطب بنانسي

بالميعاد

Tanger, le 19.11.11 طنجة في

K RIBECH FATHMA

60-

AZ 50

32.50

MUXOL 100 ml x 2 laf.

مختبر مابن طه
Pharmacie nabiouka
15, Rue Ali Ibn Tahir Abid
Tél: 039 94 35 69 - TANGER

11,

Diphace 1) AS
1 u 2 à 3x/

15.50

vite Cline AS

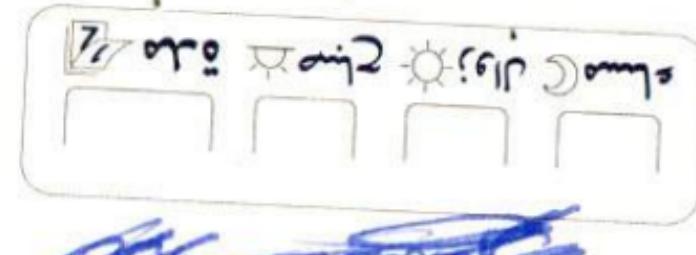
121.90

Dr. Ahmed ABDALLAOUI
Pneumo Phtisiologue-Allergologue
Av. Omar Ben Khattab
19, bldg 3569 - Tanger

بآخر شارع عمر بن الخطاب، مقابل قاعة 19

19, bis Avenue Omar Ben Khattab - TANGER - Tél. Cabinet: 05 39 94 35 69 - Urgence: 06 61 40 77 72

COOPER PHARMA



~~الشمس~~

لتر ٢٥٠ مل



٪ ٣٠

٪ ٣٠

موكسول

COOPER PHARMA

PPV: 32,60 DH

LOT N° :

UT. AV. :

موكسول

أمبروكسول

بدون سكر



Boîte de 3 comprimés
Voie Orale

Azithromycine

500 mg



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
G Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PP.V. : 60,00 DH



6 118000 190097

E AZ BBB 2 V FA 02

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

ADULTE

10 Comprimés

Doliprane 1000 mg PARACÉTAMOL



bottu s.a.

52, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 09/25

LOT: L3048

مخصص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال -
كيفية الاستعمال.

انظر النشر

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحتفظ الانزيبوكستا بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.
يحفظ بعيداً عنتناول و مرأى الأطفال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®
10 comprimés effervescents sans sucre



6 118000032083

AMM N° 29 DMP/21

١٠٠٠ فيتامين س
كستا

بدون سكر

١٠ حبوب



Vita C 1000®

PPU 15DH30
EXP 08/2025
LOT 28041