

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Matricule : 1967

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMJR TISANI Jamila

Date de naissance :

Adresse : Habikville

Tél. : 0659882467

Total des frais engagés : 75,70 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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



Date

Montant de la Facture

25/08/23

75,70

INPE: 82044841

PHARMACIE NARJISS

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

FACTURE

Page :1

N° FACTURE :579201

Date :25/08/2023

Client :

MM AMOR TIJANI JAMILA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ZALERG COLLYRE	1	75.70	75.70

Total TTC = 75.70

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS 70 CTS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908 identifiant fiscal 40900380

Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل

11 1
10 2
9 3
8 4
7 5
6

E1210C5MCO/X0920

Date de première ouverture
تاريخ الفتح لأول مرة

زالرغ 0,25 مغ/مل

AR محلول قطرات للعين

قارورة ذات 5 مل

(على الأقل 150 قطرة)

التركيبة :

كينوتيفين: 0,25 مغ

في شكل هيدروجينو

فومارات كينوتيفين: 0,345 مغ

بالنسية للمليلتر الواحد.

قائمة المساوايات:

غليسروول - هيدروكسيد الصوديوم (تعديل

(H) ماء المستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين

إبطاع على النشرة قيق الاستعمال.

يترك بعيدا عن رؤبة و متناول الأطفال.

مدة الصلاحية بعد أول فتح: 3 أشهر

المنتهى :

فازيملا - تيتا فارمسيوتيكي س. ب. أ.

في اتنريكو فيرمي، 50

200019 ستيروميانيز - ايطاليا

Zalerg 0,25 mg/ml

FR Collyre en solution

Flacon de 5 ml

(au minimum 150 gouttes)

Composition :

كينوتيفين..... 0,250 mg

Sous forme d'hydrogénofumarate

de kétotifène..... 0,345 mg

Pour 1 ml

Liste des excipients :

Glycérin, hydroxyde de sodium

(ajustement du pH), eau pour

préparations injectables

VOIE OPHTALMIQUE

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA

PORTÉE DES ENFANTS.

Durée de conservation après la

première ouverture : 3 mois

Fabricant :

FARMILIA THEA FARMACEUTICI SpA

Via Enrico Fermi, 50

20019 SETTIMO MILANESE (MI)

ITALIE

Zalerg®
0,25 mg/ml

Collyre en solution

Kétoftifène

5 ml

زالرغ 0,25 مغ/مل

محلول قطرات للعين

كينوتيفين

5 مل



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Sans
conservateur

بدون مادة حافظة



Enreg. MA : 249/2020 DMP/21/NRQd

Théa

6118001102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Colle 5 ml - 75/20 DH

Catégorie : Pharmacie Responsable - Anna DAUDI

249/2020 DMP/21/NRQd

Exp 01/2024

Fab 01/2022

Lot 219677

Fust. 1449

20



CEPTEC 2 FARMACEUTICI
12, Rue Louis Pasteur - 69017 LYON FRANCE

TRADUCTION : LABORATOIRES THEA

CEPTEC 2 FARMACEUTICI
12, Rue Louis Pasteur - 69017 LYON FRANCE

TRADUCTION : LABORATOIRES THEA

Rhinofibral

X Perotitis

& Sontis ZALERG