

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-789180

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30145 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAHZAOU ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : # 297,10 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2023

Nom et prénom du malade : Romad Bellahzaoui Age : 9 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Leptorhés

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 : Casablanca Le : 09/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/03/23	(Signature)		ASO PH	Dr MERZAK Chaïmaa INPE : 061284733

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Procureur ou du commissaire	<div> <div>Date</div> <div>Montant de la Facture</div> </div>
	<div> <div>09/03/83</div> <div>147,20</div> </div>

[illegible]

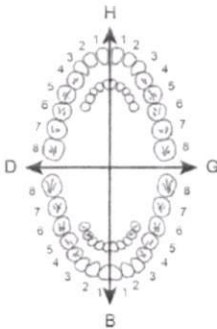
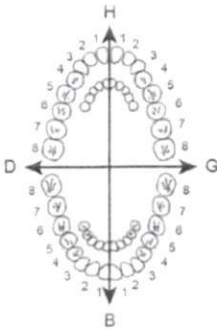
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.chaimaa MERZAK

Lauréate de la faculté de médecine
Et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale - échographie
Médecine esthétique - lasers médicaux
Nutrition - Hijama Médicale



الدكتورة شيماء مرزاق
خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدى
الطب التجميلي - الليزر الطبي
التغذية - الحجامة الطبية

Deroua Le

09/03/2025

الدروة في

Dr. MERZAK CHAIMAA

Médecine généraliste

Nora, N°9, 2ème étage Deroua

Tel: 0522 515 127 / 0667 576 593

Enf Nomad Bella Bzani

- Vx galène nosp **S.V.**
28.10 2 cà c x 3 / avant le
repas

- No dol fen nosp
14810 2 dose - prid a 3 / j ptt 2 j
- Dextérocane nosp
2 cà c x 2 / j

14810

Dr. MERZAK CHAIMAA

Médecine généraliste

Nora, N°9, 2ème étage Deroua

Tel: 0522 515 127 / 0667 576 593

PHARMACIE EL OUBS
DR. OTMAN
Lotissement AL BACHAR N°9 Deroua
Tel: 0520 040 412

تجزئة نورة رقم 9، الطابق الثاني، الدروة (قرب مجزرة أيمن)

Lot Nora N°9, 2ème étage, Deroua Rue Badr (à Coté de boucherie ayman)

Tél : +212 5 22 515 127 / +212 6 67 576 593

Lot :
EXP :
PPV (DH):



Solution buvable 150 ml



والمدكورة

الاساخ المجال Q1

0.1% محلول للشراب.
في تحتوي على الكحول (راجع
مور الكبدى و/ أو الكلوي على
هذا أي أدوية أخرى، وخاصة المش
شروبات

بأملا أو كنت ترضعين أو إذا كنت ت
حوامل أو المرضعات. وبشكل عام،

لات، من احتمال الإحساس بالنعاس
، الكبريتات، السكروز، الصوديوم

بما على مدمني الكحول ويجب أن
المعرضة للخطر مثل مرضى القلب
د تؤثر الكحول للمواجدة في هذا
لي
إذا كنت حاملا أو كنت ترضعين،

قبل أخذ هذا
يحتوي هذا الدواء على "الكبريتات" وهي مادة قد تسبب في حالات نادرة بعض أعراض الحساسية
حيث أن هذا الدواء يحتوي على السكروز، فيرجى مراعاة ذلك عند مرضى السكري. إذا أخبرت
السكريات، فتأكد من استشارته قبل تناول هذا الدواء.
إن هذا المستحضر الطبي يحتوي على أقل من 1 مليمول (23 ملغ) من الصوديوم، وهذا يعني
يحتوي هذا الدواء على مثيل باراهيدروكسي بنزوات. بروبيل باراهيدروكسي بنزوات، بما قد
في وقت متأخر).

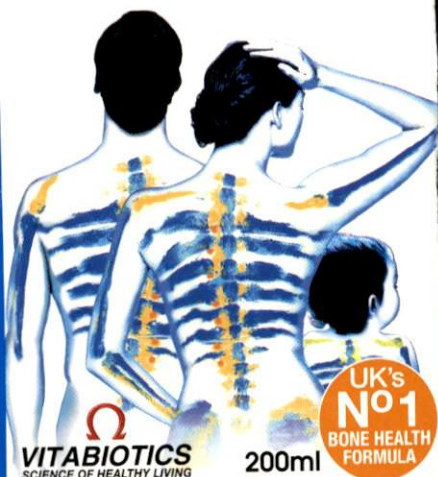
3. ما هي طريقة استعمال فوگالين® 0.1% محلول للشراب؟
إحرص دائما على أخذ هذا الدواء مع مراعاة وصفة الطبيب أو الصيدلاني. واستشر طبيبك أو الصيدلاني
الجرعة
يجب تعديل الجرعة حسب أوقات حدوث وشدة اضطرابات الجهاز الهضمي مع إمكانية تعديل
يرجى التوقف عن العلاج بمجرد اختفاء الأعراض.
أقصى مدة علاج يوصى بها هي 5 أيام.
كل ملعقة صغيرة واحدة تعادل 5 ملغ من ميتوبيمازين.
عند البالغين والأطفال فوق 12 سنة:
الجرعة القصوى الموصى بها هي 15 إلى 30 ملغ في اليوم، مقسمة على 3 جرعات.
وهكذا تكون الجرعة اليومية من 3 إلى 6 ملاعق صغيرة كحد أقصى، مقسمة إلى 3 جرعات في اليوم
كل جرعة، 3 مرات في اليوم.

Complément alimentaire
en sirop à base de

calcium magnésium zinc, vitamine D3

Avec édulcorant "Sorbitol"

Renforce et préserve le
capital osseux
à tout âge



VITABIOTICS
SCIENCE OF HEALTHY LIVING

200ml

UK's
N°1
BONE HEALTH
FORMULA

Ingédients: Eau purifiée, Sucrose, Elément sucrant: sorbitol,
Carbonate de calcium, Hydroxyde de magnésium, Agents
pour suspension: Silicate d'Aluminium et de Magnésium &
Carboxyméthyl Cellulose de sodium, Gluconate de zinc,
Gélatine, Huile de menthe, Huile d'orange,
de menthe et d'orange,
, Emulsifiants: polysorbate
) (cholécalférol).

Cor **OSTEOCARE 200 ML**
PVC : 119,00 DH

Ut Av	Lot :
30/04/2025	20837

© **IPHABIOTICS**

osée de Vitabiotics Ltd.

BN

MFT

**À consommer
avant le
/Expire en**

BIEN AGITER AVANT EMPLOI

CONSERVER AU-DESSOUS DE 25°C DANS UN ENDROIT
SEC, HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.