

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.

M23-009882

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8927

Société :

159401

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

R HADBANE Messaoui

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661961369

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 :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

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 : 21727 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : R.HADBANE Messaoud

Date de naissance : 1953

Adresse : 28, Rue Ibnou Khatib Casablanca

Tél. : 02.66.1.96.13.69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE: 091122440

Dr. SADIK Fouzla
Médecin
104, Rue Mimouz Hay Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Date de consultation : 27/02/2023

Nom et prénom du malade : Mu R.HADBANE Messaoud Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gastroalgy + Peux

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : M.J

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19- 040415**

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 honoraires
27/02/2023	AC 2	01	200,00	Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tel: 0522 30 58 01 Casablanca
04/03/2023	AC 1	01	INPE : 09122446 Gratis	Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES 104, RUE M...
Tel: 05 22 36 58 51 Casablanca

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAWLID 45 Rue Ibnou Kâthir Abou Hassan Casa, 1000 Tunisie	27/02/23	21,60
PHARMACIE ES JARDINS D'ANNEA SIDI Sidi Bouzid	04/03/23	200,60 DHS

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	

VIOLET 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

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles (1-10) arranged in a pattern. The grid is centered around a central 'X'. Arrows point from the center to the left (D), up (H), and down (B). The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 7: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 8: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 9: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 10: 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

[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

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale
Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام
الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)
الطابق الأول - بروسيجور
الدار البيضاء - الها 05 22.36.58.91

04 MAR. 2023

Casablanca, le : الدار البيضاء ، في :

M⁴ - RHABANE HESSOUA SAOUA.

8210 - Théxiu 20mg (013)
1 ep/1, sièges de 14 (Eton)

M⁴ - Ixor 20mg (013)
1 ep/1, avès repas -
midi)

220/600/026 Docinvox (ep à friser)
1 ep 3f/1, 2 fuses.

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimosa May Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

PHARMACIE
DES JARDINS D'ANFA S.A.S.
Dr. Kriket Dabouz - Tel. 05 22 36 58 91
Tél. 05 22 36 58 91

ايروس® 5 ملغ

ديسلور اتادين

7 حبات
ملبسة

عن طريق الفم



ستمندوك
PPV
LOT
PER

٢٠١٦٢

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الشخص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوريجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : 27 FEV. 2023 الدار البيضاء ، في :

M^u

RHADBANE

MESSAOUD



SAOUD

21,60

- Erles (sous) PM

Ag le m^r /

Dr. SADIK FOUZIA
104, Rue Mimosa May Etra
Médecin
Tél. 05 22 36.58.91
Casablanca, Maroc
Site: www.sadikfouzia.com
Email: sadikfouzia@gmail.com
Mobile: 0522 237176

Dr. SADIK FOUZIA
104, Rue Mimosa May Etra
Médecin
Tél. 05 22 36.58.91
Casablanca, Maroc
Site: www.sadikfouzia.com
Email: sadikfouzia@gmail.com
Mobile: 0522 237176

احفظ هذا الدواء في مكان بعيد عن
تناول أيدي الأطفال وعن مرأة
قبل الإستعمال إنما بتأن النشرة
الإعلانية
احتياطات خلعة بشأن الحفظ
الحفظ في مكان لا تتجاوز الحرارة
30 درجة مئوية
يجب حفظه في علبة الأصلية

القائمة II - فقط وفقا لوصفة طبية

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

المواد الفاعلة في تركيب الدواء
إزوميبرازول 20.00.....
بصيغة إزوميبرازول ماغنزيوم ثلاثي التمثيل
ك.ك.ل قرص صامد لحموضة المعدة
السواغات: كمية كافية لقرص صامد لحموضة المعدة
السواغات ذات التأثير المعروف: سكاروز
14 قرص صامد لحموضة المعدة
Fabricant, Conditionneur et Libérateur/
المصنع المعبئ و المحرر:
AstraZeneca AB
Gärtunavägen
SE-151 85 Södertälje-Suède



* 3 5 5 3 3 3 7 *

N° AMM Maroc / رقم رخصة وضع الدواء في السوق المغرب/
640/15 DMP/21/NRQ



PPU 118DH50 EXP 11/2024 LOT 28018 2

Ixor® 20 mg 28 comprimés effervescents

®

إكسور

أوميبرازول

20 ملغ



28

قرصاً
فائزًا



Laprophane
لبروفان