

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

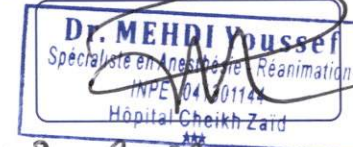
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Ghiam Bangach - 17 3449
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/07/2023

Nom et prénom du malade : Ghiam Bangach

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Brûlure

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
05/07/2023	+ CS + gratuite			Dr. MEHDI Youssef Spécialiste en Anesthésie - Réanimation N° 04180144 Hopital Cheikh Zaid ***

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Vieux marocain Mohamed VI Hay Al Andalous N° 7 TEMARA Tél: 05 37 64 12 18	23/08/23	551,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

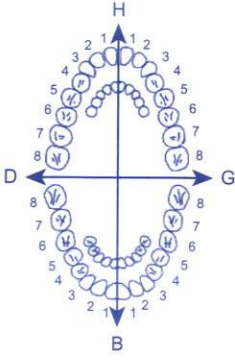
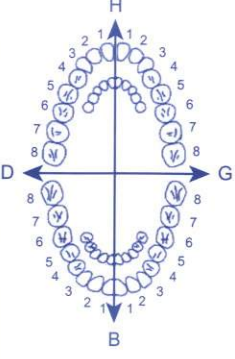
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Pharmacie Vieux m'etrocain
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous
N°7 - TEMARA
Tél: 05 37 04 12 18

Rabat, le 23/08/2023

Docteur

Siham Bayach

Total = 551,60

11. Zithromax 500 \times 79.70 \times 2 = 159.40
1cp per jour puis 1/2 cp/j rest 7j

2) Maxillare 60,10
1 cr 3x1j

3) Zinastene 40,90
1 cp 1)

41 Berocca 95,00
1 cp / j 1

5) Feives 21.00
1 cp 3 x 1 j

6 | Sludgail 17.20
1 apr 4 x 15

7/ Audiclean 9900

Dr. MEHDI Youssef
Spécialiste en Anesthésie - Réanimation
INPE 0-1381144
Hôpital Cheikh Zeïd
1996

P. 6533, No. 14242, P.O. Box 14242, Rabat 14242, Morocco - Tel.: +212 537 68 68 68 - Fax: +212 537 68 38 38 - E-mail: contact@hcz.ma - Site Web: www.hcz.ma
 6533, ب. 14242, ص. ب. 14242, الرباط 14242، المغرب - الهاتف: +212 537 68 68 68 - الفاكس: +212 537 68 38 38 - البريد الإلكتروني: contact@hcz.ma - الموقع الإلكتروني: www.hcz.ma



6 118000 250500

UT.AV. : 3 5 4

P.P.V.

79 70

LOT N° : FX 2578

09366030/4

زیناسکین

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058 38

20 comprimés effervescents

LOT : 23E005
PER. 02 2026

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML



P.P.V. : 17DH70



6 118000 010548

PPC: 95.00DH
LOT: CB03171
EXP: 08/2024



احذرو! المعادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II
... gélule(s) ... fois/jour
pendant ... jours

France

Fabricant / Manufactureur / مصنع

Sanofi Winthrop Industrie
1, rue de la Vierge
Ambarès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France

Médicament autorisé /
Authorized medicine /
دواء مرخص رقم:
34009 30653074



L2Z
PER.:04 2027
LOT : 22E009

IMIDIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
11800001010845
6



Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc
580735

PPV:
60DH10



des 6 mois

Ne pas utiliser chez la femme

Importer & distributor:

S.I.C.
Bldg n°56, Street 104
Maadi - Cairo - EG
Registration n°14520

العنوان شركة ستر انورثروپال

Code
BOTU SA
PPC: 99 DH 00



3 564300 020009



100009736
2021/05
2024/08

Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U. CEIP
para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito
importante:

amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.

NO - DOL CODEINE
CP 820

P.P.V : 28DH00



118000061861

LOT : 22E005
PER.:04 2027



Ne pas utiliser avant utilisation

M au Maroc :
Maroc. Route de Rabat R.P.1
Casablanca.
Pharmacieen Respons

SURDOSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament
contenant du paracétamol



LE TRI
+ FACILE

SACHET VIDE
+ ÉTUI
+ NOTICE



SACHET
NON VIDE



PHARMACIE

MÉDICAMENT AUTORISÉ N° :



3400933359591

LOT A 5 4 7 6
EXP 0 5 2 0 2 4



upsa

