

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A. LIDARY MOSTAFA

Date de naissance : 10/08/1953

Adresse : Sidi Abdellah El KADMIRI

Tél. : 0661321258 Total des frais engagés : 583,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2023

Nom et prénom du malade : A. LIDARY MOSTAFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthme + Rhinite allergique

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 : Casablanca 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 |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 05.06.23 Assurances INPE | CS | 150,00 | Dr R. CHAT Pneumonologue INPE : 041094541 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------|-----------------------|
| PHARMACIE & PARA DU COMPLEXE SPORTIF Dr Fatima KASIRI HASSOUNP. 6 Rue Marnoun Mohamed - Les Princesses Maârif Extension - Casablanca 05 22 36 05 07 - Tél 06 62 79 37 89 | 2023 | 433,80 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



| N° IPP : 763140 | N° SEJOUR : 230022528 | FACTURE N° 2302007341 | | | | DATE D'ENTREE : 05/06/2023 | DATE DE SORTIE : 05/06/2023 | | | |
|--|-----------------------|--|------------------|--------|----------------|----------------------------|-----------------------------|---------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | |
| MALADE : LIDARY,Mostafa | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | LIDARY,Mostafa | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|------------|---|--------|--|--|----------|--------|
| Intervenant : 15914 DR GHIATI RACHIDA PNEUMOLOGUE | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | | | AVOIR: | |
| | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 05/06/2023 | | EDITEE LE : 05/06/2023 | PAR: R8658 | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | | | | N° DE POLICE : DATE AT : | | | | | |
| | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI | | | | | |
| | | | | BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA | | | | | |
| | | | | N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54 | | | | | |

L'accès des patients
Polyclinique CNSS Ziraoui

وصفة

ORDONNANCE

PHARMACIE & PARA
DU COMPLEXE SPORTIF

atima KADIRI HASANI

63, Rue Mamoun Mohamed - Les Princesses
Maârif Extension - Casablanca

Fixe 05 22 36 05 07 - Tél. 06 62 79 37 89

$SpO_2 = 95\%$

Dr.Kadiri hassani fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca - Tél.: 05 22 36 05 07

le 05.06.23

R. LIDARY

MOSTAFA

| | |
|-------------------------------------|--------|
| 1) Cotrimed long | 4.000 |
| 2) Ciprole medin a pos repas x 10 | 5.500 |
| 3) Zithromax 500 (N°2) 14/15 et 6/5 | 7.970 |
| 3) Pénic Jante 250mg | 8.650 |
| 4) Ibuprofène medin | |
| 4) Vindolene 200mg | 4.530 |
| 5) Alivis 400mg | 10.260 |
| | 43.380 |

INPE: 092019835

Dr. R. GHIATI
Pneumo-phtisiologue
INPE: 041094541

Dr.Kadiri hassani fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca - Tél.: 05 22 36 05 07



صحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 05/26

LOT : M1334

b

El Aléa des Cévennes - Al Séba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

100165

05/14

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg

prednisolone
20 comprimés effervescents sécables

6118000041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

8

INDICATIONS ET POSOLOGIE :
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

3 comprimés

500 mg

ZITHROMAX®
azithromycine

FORMULE :
Azithromycine (sous forme de dihydrate) 500 mg
Excipient q.s.p..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

• Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

Laboratoires Pfizer S.A.
Route de Oualidia
El Jadida - MAROC



500 mg

ZITHROMAX®
azithromycine



RESPECTER
LES DOSES PRÉSCRITES



500 mg

azithromycine
ZITHROMAX®



RESPECTER
LES DOSES PRÉSÉNTÉES

ZITHROMAX®
azithromycine



500 mg

3 comprimés

FORMULE :
Azithromycine (sous forme de dihydrate) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.
© Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21





Laboratoires Pfizer S.A.
Route de Quaidia
El Jadida MAROC

زيثرومакс

أزيترومبسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

INDICATIONS ET POSOLOGIE :
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

UT.AV. : 0 9 2 0 2 4 P.P.V.
7 9 7 0

LOT N° : G P 4 3 1 7

01

09366030/4



© chleisi

Aérosol doser

CLENIL FORTE®

كلينيل فورت®

بكلومتازون ديبروبيونات

رشاش مقىاس الجرعات

250 ميكروغرام / جرعة

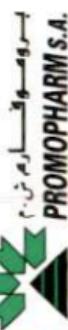
200 جرعة



التركيب :
بكلومتازون ديبروبيونات
une dose
.....

ساعات
بكولمتازون ديبروبيونات
.....

250
ميكروغرام
بما يكفي جرعة واحدة
.....



Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L Chleisi Farmaceutici S.p.A.

احترام الجرعة الموصى بها
Z. I. du Sahel
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Tableau A (Liste I)

CLENILFORTE®

Béclométasone dipropionate
Flacon de 200 Doses

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241201



مدة الصلاحية: ٢٠٢٣/١٢/٣١

9

CLENIL FORTE[®]

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses

Lire attentivement la notice avant utilisation

Conserver à température inférieure à 25 °C.

Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.

Récipient sous pression : ne pas exposer à une chaleur excessive.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Votre aérosol doit être nettoyé au moins une fois par semaine

اقرأ النشرة المرفقة قبل الاستعمال

وبحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

لا تتفقد ولا ترمي في النار حتى ولو كانت فارغة.

قنية تحت الضغط: لا تعرض لحرارة مفرطة.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

يجب تنظيف الرشاش مرة واحدة في الأسبوع على الأقل.

chiesi

86,170

Important:
Séparer les différents constituants de
l'aérosol et rincer soigneusement
l'applicateur à l'eau tiède.

CS0031.0615

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



LOT : 108
PER : NOV 2024
PPV : 102 DH 60

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملمسة

mise

Médicament soumis à prescription
médicale. Excipient à effet notoire:

Contient du Lactose.

Veuillez lire l'notice d'information

gsk

Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot

9P7E

EXP

07 2024

PPV

45 30 0H