

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-778969

245893

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11800	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUTALEB FATIMA ZAHRA			
Date de naissance : 04-01-1980			
Adresse : N° 6 E ZOUBIR - OULFA - CASA			
Tél. : 06 66 42 84 34	Total des frais engagés : AF 154,2 # Dhs		

Autorisation GDR N° : A-A-215/2010	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	SATIT DES RIAD		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	infection dentaire		
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

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
06/07/2015 07/07/2015 08/07/2015 10/07/2015	GP GP GP GP	1 1 1 1	300 DH Gratuit	INP : 03N123770

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR BENJAMIN ASSOCIÉ PHARMACEUTIQUE 32 Quai des Cassebriques 33000 BORDEAUX FRANCE	10/11/23	175,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

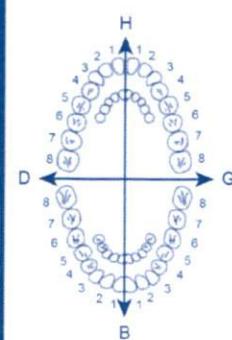
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 10-01-2023

Riad Samit

1) Aciclovir Sirup
200,00 mac x 5/5. pot



2) onapropolis pommade
59,70 5APP x 3/5.



3) Bucothynal (solution buccale)
bande buccale x3/5.
18,00

~~278,60~~

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASSISTANT CH-CHARI NADIA
Pédiatrie

CICLOVIRAL®

80 mg/ml

~~Suspension buvable~~

Flacon de 100 ml

Agiter avant emploi

CICLOVIRAL® 80 mg/ml 
Flacon de 100 ml susp. buvable



6 118000 071501



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

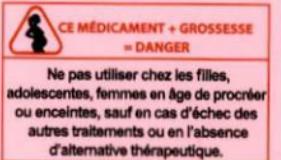
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc

صفحه من طرف مختبرات آفریک-فار

المنطقة الصناعية عن هرودة غرب

الطريق الجهوي رقم 322، (الطريق الثلثوي 111 سابقا)
كلم 12.400 عين حرودة 28630 المحمدية - المغرب

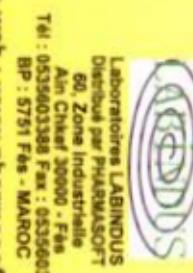


3 529 976 877104

Lot N° :

Per :

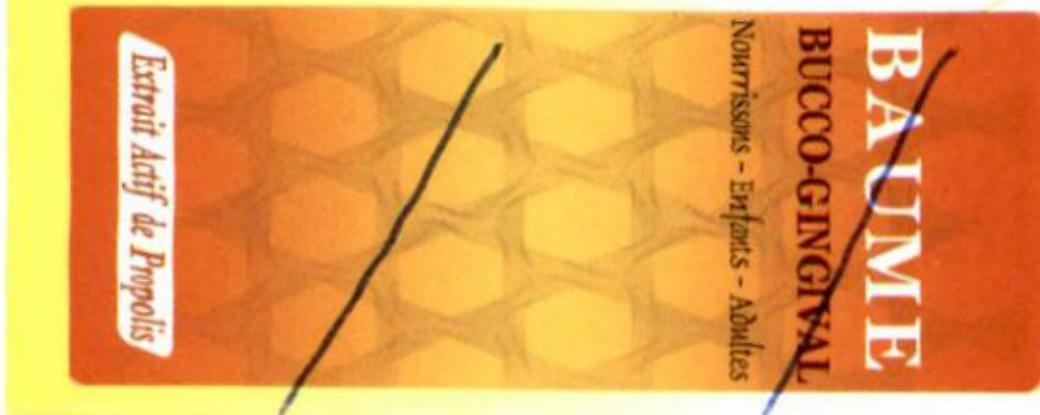
Site web : www.pharmasoftlab.ma



Laboratoires LABINOUS
Distribué par PHARMASOFT

60, Zone Industrielle
Ain Chkra 20000 - Fès
Tél : 0535603388 Fax : 05356603918
BP : 5751 Fès - MAROC

Extrait Actif de Propolis



~~BAUME~~
~~BUCCO-GINGIVAL~~
Nourrissons - Enfants - Adultes

OROPROPOLIS



LOT : 349 / PER : 09/2025
PPC : 59.70 DHS

OROPROPOLIS

BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes



OROPROPOLIS OROPROPOLIS

بیکو تیمول

باللیدوکایین

قارورة 150 مل

محلول غسول للفم
غرغرة

BUCCO THYMOL

à la Lidocaïne
Flacon de 150 ml

Solution pour bain de
bouche et gargarismes

Indications

Traitements locaux à visée
antiseptique et antalgique.

علاج موضعي مطهر ومسكن للآلام

Formule

Acide salicylique.....	0,100 g
Chlorhydrate de lidocaïne	0,100 g
Menthol.....	0,050 g
Thymol	0,010 g
Ethanol	9,500 ml
Jaune orangé S	0,002 g
Eau purifiée q.s.p	100,000 ml

التركيبة	
حامض ساليسيليك	0,100 غ
لیدوکایین هیدروکلورید	0,100 غ
منتل	0,050 غ
تیمول	0,010 غ
ایتانول	9,500 مل
اصفر برتقالي س	0,002 غ
ماء مستخلص كركبة كافية	100,000 مل

NE PAS AVALER
USAGE EXTERNE

لا يبلع
استعمال خارجي

BUCCO THYMOL

à la Lidocaïne
Flacon de 150 ml



BUCCOTHYMOL
Flacon de 150 ml



18,90



2300618483 / 150804140047KH

Prénom : MOHAMED RIAD

Nom : SAMIT

DDN : 24/02/2012 E: 04/01/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

Casablanca, le : ٢١/٠٣/٢٠٢٣

19.900 ₦



① Clavulin 500 mg sachet

1 sachet x 3; pdt 7 i/s.

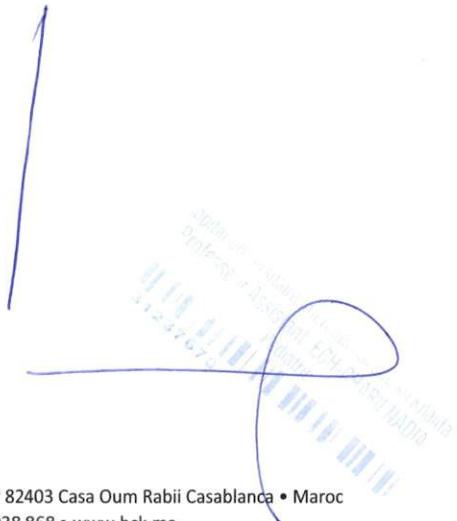
15,80



② Doliprane. 500

1 cp charge 6h si fièvre.

175 ₦



CLAVULIN

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT

Poudre pour suspension
buvable en sachet

كلافولان

اموكسيكلين / حمض الكلافولانيك
500 ملغم / 62,50 ملغم

سحروق لمستعمل
عن طريق الفم
▲ 12 sachets
Voie orale

CLAVULIN 500 mg/62,50 mg
12 sachets



6 118000 160564

CLAVULIN

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT

Poudre pour suspension
buvable en sachet

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
Ce médicament peut causer des allergies.

يُنصح بعدم تناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice.

اقرأ النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat
Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



..... sachet(s) fois par
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH

LOT: 651111

PER: 06/24



12



ENFANT



..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH
LOT: 651111
PER: 06/24



ENFANT

Poudre pour suspension buvable en sachet

Composition :

Amoxicilline 500mg
(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique 62,50mg
(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartam (environ 15mg).

يحتوي هذا الدواء على الاسبارتام

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

تخزين في درجة حرارة أقل من 25° و بعيداً عن الرطوبة.



ENFANT



Poudre pour suspension buvable en sachet

كلافولان

أموكسيسيلين / حمض الكلافولانيك

500 ملخ 62,50 ملخ

مسحوق لمستعقم

Voie orale
عن طريق الفم

▲ 12 sachets

CLAVULIN 500 mg/62,50 mg
12 sachets



النَّ[®]

ملج
500

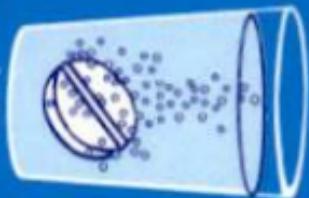
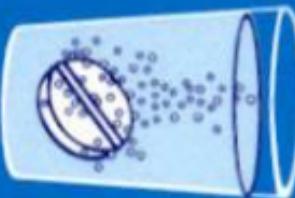
باراصيدطامول

50 H 8 0
0 8 / 2 0 1
L 2 7 3 1

16 قرصاً فواراً

ألاوجاع والحمى

للكبار والأطفال
إبتعاد عن 27 كلغ



Doliprane 500 mg
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

بترخيص من
مختبرات باراصيد - الدار المروية،
من البطرش - ميدان سعدون

b 82

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité

NE LAISSER NI À LA PORTEE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

6 118000 040354

Adulte et enfant
à partir de 27 Kg

bottu s.a.

Allee des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 1841 / 2023 du 04/01/23

Nom patient	SAMIT MOHAMED RIAD	Entrée	04/01/23
	PAYANTS	Sortie	04/01/23

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

Nº: 2301041245188940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300618483	SAMIT MOHAMED RIAD	04/01/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs	
Chèque	BMCI/4596384 BOUTALEB FATIMA ZAHRA	300,00	
PAYANT	Total payé		300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : MOH.ALI

