

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-778979

168327

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 11800

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTALEB FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

04 01 1980

Adresse :

A 26 E ZOUNBIK DULFA / CASA

Tél. 06 66 42 84 34

Total des frais engagés : 442,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SNOUSSI Khalid
Professeur associé à UM6SS
Oto-Rhino-Laryngologue

Cachet du médecin :

091130633 04 07 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

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
04/07/2014	Actes	67	300 DH	INP : <input type="text"/> Société Internationale Cheikh Khalifa Dr. HASSI KHABIR Diplôme de Médecin Spécialiste en Urologie <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STEPHANIE RAMZA CASAHLAFA 106, Al Jath Rue 6R 3100 CCP - 751 0522 93	04/07/23	142,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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																	
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

وصفة طبية

Ordonnance

4.7.23

Casablanca, le :

~ ZOUTALES F2

S.V.

Ramipril 20 mg

63,00

tcp en (3)

Docinox

49,00

tcp (3x1)

Vitamine E

15,30

tcp huit

Paralfe 200

15,00

tcp 3x1

142,30

15 STEPHARMACIE HAMZA
Casablanca
Téléphone : 0524 77 44 44
Fax : 0524 77 44 44

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. SNOUSSI Khalid
Professeur associé au CHUSS
610-Rhino-Laryngologie
691130633

DociVox DociVox

Sirop naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT : 230310
DL UD : 02/2026
49,00DH

125 ml

Deva

Sirop naturel
sans conservateur

COMPOSITION :

Sirop de fructose, miel naturel, maltodextrine , eau purifiée, Extrait de Propolis, Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (*Thymus vulgaris*), feuille de Mauve (*Malva sylvestris*), Extrait de Mélèze, Huile essentielle d'eucalyptus, Extrait de rocou, caramel, Menthol.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants.
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des plantes, peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du produit.



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable
146-147, Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

125 ml

پانالجیک® ۵۰۰ ملخ/۵۰ ملخ

براسیتامول - کافین

عن طریق الفم
١٦ قرصاً

PANALGIC® 500 mg/50 mg
16 comprimés



6 118000 020547

مسكن للألم ومضاد للحمى

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.

سو-ٹھیما

Titulaire de l'AMM/Fabricant/Distributeur :
Laboratoires SOTHEIMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - MAROC
Sous licence SMB SA - Belgique

PANALGIC® 500 mg/50 mg

Paracétamol - Cafféine

LOT 230813 1
EXP 02 2025
PPV 15.00

16 Comprimés
Voie orale

Antalgique - Antipyrétique

مکرو ماکس

أزیترو میسین

مضاد حیوی

LOT : 9872
PER : 06-24
P.P.V : 63 DH 00

3 أقراص

500 مغ

مختبرات الصيدلية فارما 5

مضاد حیوی له فعالية على التعفنات الناجمة عن
الجراثيم الحساسة

Formule :

Azithromycine (sous forme de dihydrate).....500mg
Excipients q.s.p.....1 comprimé

Indications, contre-indications, posologie : voir notice

Ne pas laisser à la portée des enfants

Macromax 500mg
Boîte de 3 comprimés



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 92 432 / 2023 du 04/07/2023

Nom patient : **BOUTALEB FATIMA ZAHRA**

Entrée 04/07/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 04/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ORL	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Ref Chq : 6154551/



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230704131544MA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300710073	BOUTALEB FATIMA ZAHR	04/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	6154551 ELLE-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par MAR.LAA

[Handwritten signature]
Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. 05 29 63 33 45
Fax : 03 22 00 44 77
E-mail : cheikh.khalifa@chm.ma
N°INP 090061862