

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9611

Actif

Pensionné(e)

Société : ROYAL AIR MAROC

Autre :

Nom & Prénom : LABIZ DERIYEM

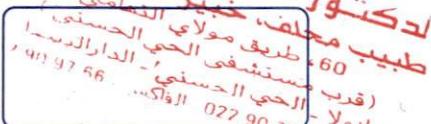
Date de naissance : 10.03.1973

Adresse : 15 RUE Dabillon RISJANAL VAL FLEUR
N°10. CASA

Tél. : 0663211554 Total des frais engagés : 15589 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.11.2023

Nom et prénom du malade : CHAHZOUANE Radice Age: 12

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le 07 AOUT 2023

ACCUEIL

07 AOUT 2023

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
27 JUIL 2021	C		20000	IPNE : 091069666

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/23	389,17

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

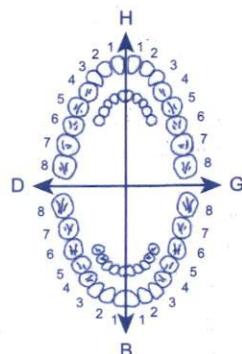
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
<p align="right">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																					
<p align="right">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																					
<p align="right">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																					
<p align="right">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

لدى المحاكم

الدار البيضاء، في :

البيضاء، في :

Casablanca, le :

27 JUIL 2023

- 79,90 X Casablanca, le : 27 JUIL 2023
1. 1 Razzouk 500 sa. 1ea x 3/4 apj 57 24
- 48,10 2. 1 Soluqued 20 2g le matin & 3/4 apj
- 79,10 3. 1 Fixol 1ea x 3/4 i
- 10,00 4. 1 Prolongation 57 anni 1ea x 3/4 i
- 82,10 5. 1 Esac 20 1g le matin deau 57 14
- 389,10

دكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف، خبير لدى المحاكم

طبيب مولاي التهامي

مستشفي الحسيني

(فقيه الحسن) الدار البيضاء

الهاتف: 05 22.90.70.88

fax: 05 22.90.70.88

طبيب مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا الحسيني - الدار البيضاء

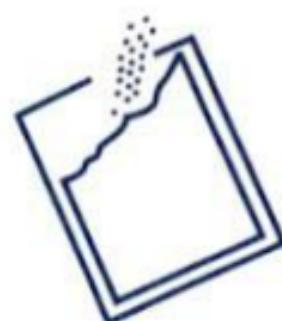
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500



buvable en sachet
poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
500mg/62,50mg

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 : 650906

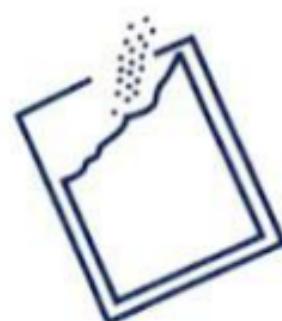
PER : 11/24





buvable en sachet
poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
500mg/62,50mg

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 : 650906

PER : 11/24



Composition : Prednisolone ... 20mg
(sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent.

Excipients à effet notoire : Lactose
Monohydraté, Sodium, Sorbitol.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET A LA
VUE DES ENFANTS.

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.



SOLUPRED + GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique.

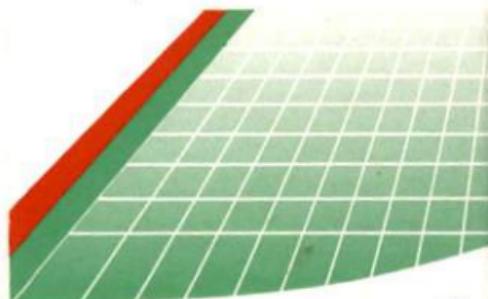
dy matin
Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale



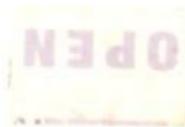
20 comprimés effervescents



SANOFI

Lot/Batch: 1PWA
03/2022
Fab./mfg.: 02/2025
EXP:

Solupred® 20mg



19,40

ANTIBIO SYNALAR

أنتبيو و
سينالار

قطرات أذنیة

الكبار، الصغار



NE PAS AVALER لا يُبلع

AMM N° 461/SG/42

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et Fabricant
Polymédic

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc

Dr. T. BELABDA : Pharmacien Responsable

قنينة من سعة 10 مل

ESAÇ®
ésméprazole **20**
mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



Lot 24043
PER 12/24
PPV 320H10



APIM

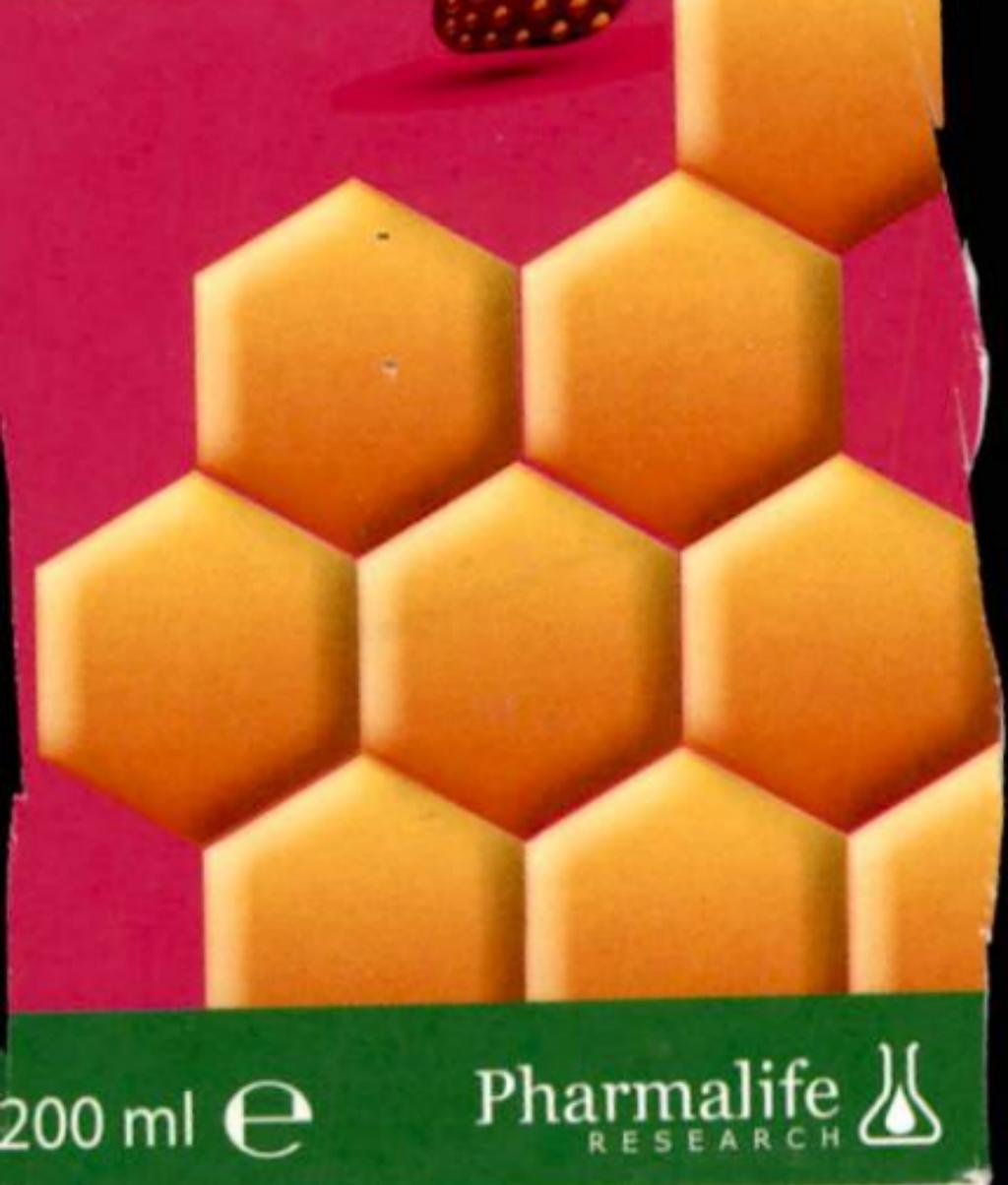
Enfants

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût fraise



200 ml e

Pharmalife RESEARCH



8 032578 479263

Lot: 220999

À consommer

avant le: 12/2025

PPC: 79,50 DH