

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

- 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'égar à caractère personnel.

M22- 0040368

193915

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4537 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : TAZ MOHAMED FAYCAL
 Nom & Prénom : TAZ MOHAMED FAYCAL
 Date de naissance : 03/09/1950
 Adresse : LOT 04 PARC CHAMPS CAILLES 20000 FES AGM
 Tél. : 0661/326010 Total des frais engagés : 397,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

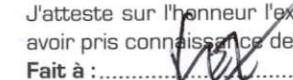


Date de consultation : 08/11/2019
 Nom et prénom du malade : m2 Taz MOHAMED FAYCAL Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 Fapotie respiratoire

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 : 31/01/2024

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
08/11/23	C	150 DU		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8-11-23	247.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

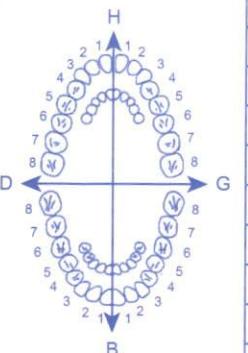
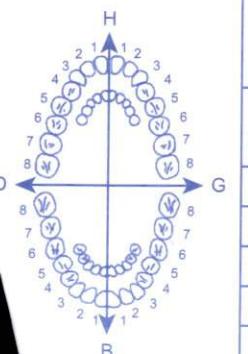
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

NET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة مبارك للمعالجات الطبية
CABINET MÉDICAL M'BAREK

Docteur Med Badr Derrouich

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine

De Cologne Allemagne

Ancien médecin Hôpital Kleve Allemagne

Service d'Urologie et Circoncisions

Echographie



الدكتور محمد بدر الدرويش
الطب العام

خريج كلية الطب والجراحة كولون ألمانيا
طبيب سابق بمستشفى كليف ألمانيا
قسم جراحة المسالك البولية والختانة
الفحص بالصدى

Fès, le 08/11/2022

Ordonnance

M T 15 A F 2022

87, 00 11 Bisoprolol
1cp / (7i)



21 Kopred 20 mg
3cp / (3i)



23, 00 31 Huéx 200 mg
1cp x 21

41 Revitalé

1cp /

51 Totifensip



1cp x 31

PHARMACIE CHIFAH
AV. DES 1000 MÉDECINS
BP 333
MOHAMED V
VN FES
TÉL: 05 35 65 05 44
MPE: 2019/57

10, شارع الإمام علي-فاس (م.ج)

Tél: 05 35 62 68 60 - Urgence: 06 20 23 66 46

8h.00

6) Steinon Allegix

2 APR 1

PHARMACEUTICALS
CHAMPS MUSONI - FRS
AVBES 24396 05 44
TEL: 06 20 20 26 46
TYPE: 14201952



NB: justificatif
égaré

2478

بیو فلکسائین

لیفوفلوكساسین

مصاد حیوی

عن طریق الفم

7 افراص مغلفة قابلة للكسر

کل قرص یحتوى على 500 ملگ من لیفوفلوكساسین.
بیلے القرص کاملًا مع الماء.
یحظر عیناً عن متناول الأطفال.
لا توجد شرط خاصية للنخرين.
یحظر في العلية الأصلية.
يرجى فراغة النشرة قبل تناول الدواء.

ملغ 500

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



مختبرات دیفا للصيدلة
ج.واحدی صيدلی مسؤول
الطبقة الصناعية - بوطنان - الدار البيضاء

Autorisation ministère de santé AMM n° 325/16 DMP/21/NNP

BioVanic®

Lévofoxacin / Levofloxacin

Antibiotique / Antibiotic

Voie orale / Oral use

7 comprimés pelliculés sécables
film-coated tablets

Chaque comprimé contient 500 mg de lévofoxacin.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
pas de conditions de conservation particulières.
A conserver dans l'emballage d'origine.
lire la notice avant utilisation



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAIDI Pharmacien Responsable
146-147, Zone Industrielle Tizi Mellit, Casablanca



Respecter les doses prescrites
Liste I - sur Ordonnance

HUMEX

HUMEX

COMPOSITION POUR UN COMPRIMÉ (pour le jour) :

Paracétamol	500,0 mg
Chlorhydrate de pseudoéphédrine	60,0 mg

COMPOSITION POUR UNE GÉLULE (pour la nuit) :

Paracétamol	500,0 mg
Maléate de chlorphénamine	4,0 mg

FORME PHARMACEUTIQUE ET CONTENU : Comprimé et gélule.

Boîte de 12 comprimés et 4 gélules.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale.**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.****TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.****MISES EN GARDE SPÉCIALES :**

Une possibilité de somnolence est à signaler aux conducteurs de véhicules après absorption de la gélule nuit.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :

Médicament non soumis à prescription médicale.

INDICATIONS D'UTILISATION : Traitement au cours des rhumes de l'adulte et de l'adolescent de plus de 15 ans : des sensations de nez bouché, de l'écoulement nasal clair, des maux de tête et/ou fièvre.

RHUME

COMPRIMÉ ET GÉLULE

Ce médicament contient un vasoconstricteur.
Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 15 ans.

Ne pas associer à un autre vasoconstricteur (voie orale ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours de traitement.

Ne pas dépasser 3 comprimés Jour et 1 gélule Nuit par 24 heures.

Fabriqué sous licence URGÉ par
Les laboratoires STERIPHARMA
Z.I Lina, N°347 Sidi Maârouf Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

N° D'AMM: 110 DMP/21/NCN
LOT: 2286 PER: 12/2025
PPV: 23,50 DH

HUMEX RHUME



COMPRIMÉS et GÉLULES



6 118000 280057

HUMEX

RHUME



JOUR NUIT

3 COMPRIMÉS 1 GÉLULE

A partir de 15 ans

^ FIEVRE

^ MAUX DE TÊTE

^ ÉCOULEMENT NASAL CLAIR

^ NEZ BOCHE

RHUME

HUMEX

407416A
30-37

RHUME

HUMEX

HUMEX

cyan
magenta
6620C
0020

