

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.

Biologie 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

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° P19-0036437

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131 Société : RAA
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARZAOUI TAYOU
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
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 :
Signature de l'adhérent(e) :
ACCUEIL

RELEVÉ 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
10/10/19	C.P.A.		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WADLI ABDERRAZAK MOUHADI DOCTEUR EN PHARMACIE Hay El Walaa Sec 3 N° 7 SIDI Moumen Casa Tél: 05 22 72 93 07	10/10/19	251,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MOHAMMAD ZEFZAF Dr. BERRA Mouna Bd. Med Zekaf, Imm. Sidi 7 N° 23 Attacharok Casa Tél : 05 22 70 00 07 / Fax : 05 22 70 96 76	11/10/19	8250	285,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INTERNATIONAL
clinic

Marzouk
Tamer

Date: 19/10/10

Ordonnance

222.00

+ Augmentin



6390

+ Risperidol



2220

+ Cefotaxime



1745.00

+ Lovenox



99.00

+ Oudex

1/1



2152.10

PHARM
No 51
Tél : 022.00.00.00

PHARMACIE MAZ
No 51
Tél : 022.00.00.00

118001 080465

ction
cerveau ou
morrhagique
guins et devez

المواد النشطة هي:

- أموكسيسيلين 1000,00 ملغ
- على شكل أموكسيسيلين ثلاثي الهيدروجين
- حمض كلاو لايتك 125 ملغ
- على شكل كلاو لايتك ثلاثي الهيدروجين
- لكل كيس من جرعة واحدة
- ما الذي يحتوي عليه أوغمنتان 500 ملغ/62,5 ملغ لتكبير قرص مغلف ؟

المواد النشطة هي:

- أموكسيسيلين 500,00 ملغ
- على شكل أموكسيسيلين ثلاثي الهيدروجين
- حمض كلاو لايتك 62,50 ملغ
- على شكل كلاو لايتك ثلاثي الهيدروجين
- لكل قرص مغلف

الشكل الصيدلاني والمحتوى

- ما هو أوغمنتان 500 ملغ/62,5 ملغ لتكبير، مسحوق لمعلق قابل للتشرب في كيس من جرعة واحدة وما هو محتواه
- التغليف الخارجي ؟
- يوفر هذا الدواء على شكل مسحوق لمعلق قابل للتشرب في الكيس من جرعة واحدة. عليه تحوي على 12، 16، 24 كيسا.
- ما هو أوغمنتان 500 ملغ/62,5 ملغ لتكبير، قرص مغلف وما هو محتواه التغليف الخارجي ؟

PPV: 222.00 DH
LOT: 608437
PER: 05/20



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

LOT 170487
EXP 05/2020
PPV 99.00 DH

MISES EN GARDE SPECI

Faites attention avec Oed

Mises en garde spéciale

Ce médicament contient de
présentant une intolérance
galactose ou un déficit en
Certains enfants atteints
long cours bien que cela

Précautions d'emploi

Utiliser ce médicament A
EN CAS DE DOUTE NE
OU DE VOTRE PHARM

INTERACTIONS MEDIC

Prise ou utilisation d'autr
Ce médicament est cont
(médicament anti-infecti
AFIN D'EVITER D'E
MEDICAMENTS, IL F
TRAITEMENT EN COU

GROSSESSE ET ALL

Ce médicament ne sera
Si vous découvrez que

car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre
En raison du passage du médicament dans le lait,
Demandez conseil à votre médecin ou à votre
médicament

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE

Saccharose (cf. mises en garde spéciales)

EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS

Comme tous les médicaments, Oedes 20mg, microg
est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien qu
Ces effets indésirables sont généralement d'intensité lég
traitement.

Effets indésirables fréquents (chez 1 à 10% des patients traités) :

Maux de tête, diarrhée, constipation, nausées, vomissements, douleurs abdominales,
flatulences.

Effets indésirables peu fréquents (chez moins de 1% des patients traités) :

Sensation de

PPV: 22DH20
PER: 06/21
LOT: I1426



LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00 DH



INTERNATIONAL
clinic

Adresse : 102, 103 Boulevard Anoual
Casablanca - Maroc -

Tél : +212 522641400

Fax : +212 522860897

Email : info@cliniqueinternationale.com
contact@internationalclinic.ma

Dossier N°

N° 10545

Bon de règlement

Nom : *Marzoui*

Prénom : *Yaman*

La somme de : *300,00*

Motif : *CPA*

Le : *10/10/19*

Signature



INTERNATIONAL
clinic

Date : 10 / 10 / 19

Ordonnance

9 → HARZAOUI
TAROU

25.60 A H = P 5 mg (SV)

صيدلية وليلي
PHARMACIE WALILI
ABDERRAZAK MOUHADI
DOCTEUR EN PHARMACIE
Hay El Walaa Sec 3 N° 7 SIDI
Mousson Casa Tél: 05 22 72 53 61





INTERNATIONAL
clinic

Date : 10 / 10 / 2019

Ordonnance

Je certifie l'absence

ECBU. CRP.

DIRE D'ANALYSES MEDICALES
MOHAMMAD ZEFZAF

Dr. BERRA Mouna

Med. Zefzaf, Imm. Snoussi 7 N°23 Attacharak-C
tel : 05 22 70 96 96 / Fax : 05 22 70 96 70





Laboratoire
Mohammad Zefzaf

مختبر التحليلات
الطبية محمد الزفزاف

Dr.BERRA Mouna - Pharmacienne Biologiste

Casablanca le 11 octobre 2019

Madame MARZAoui TAMOU EP LAAMAL

FACTURE N°	22083
------------	-------

Analyses :

Protéine C réactive -----	B	100	
Examen cyto bacteriologique des urines -----	B	90	
Antibiogramme -----	B	60	Total : B 250

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	285,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quatre vingt Cinq Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
MOHAMMAD ZEFZAF
Dr. BERRA Mouna
Bd. Med Zefzaf, Imm. Snoussi 7 N° 23 Attacharok-Casa
Tél : 05 22 70 96 96 / Fax : 05 22 70 96 76

Dr. BERRA Mouna - Pharmacienne Biologiste

Dossier ouvert le : 11/10/19
Prélèvement effectué à 10:19
Edition du : 30/10/19

Madame MARZAOUI TAMOU EP LAAMAL

Réf. : 191550

Compte Rendu d'Analyses

EXAMENS MICROBIOLOGIQUES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Aspect ----- :	Légèrement trouble
Couleur ----- :	Jaune
Culot ----- :	Moyen

CHIMIE

Albumine ----- :	Négatif.	
Sucre ----- :	Négatif.	
Corps cétoniques ----- :	Négatif.	
Sang ----- :	Négatif.	
pH ----- :	6,0	6 - 7

CYTOLOGIE

Leucocytes ----- :	40 * /mm3	< 10
Hématies ----- :	9 /mm3	< 10
Cellules épithéliales ----- :	Assez nombreuses	
Cristaux ----- :	Absence.	
Parasites ----- :	Absence.	
Levures ----- :	Absence.	
Cylindres ----- :	Absence.	
Autres ----- :	Rien à signaler.	

CULTURE ET IDENTIFICATION

Cultures ----- :	Stérile.
------------------	----------

LABORATOIRE MED. ZEFZAF
Dr. Berra Mouna
Bd. Med. Zefzaf Imm. Snoussi 7 N°23
Attacharok - Casablanca
Tél.: 0522 70 96 96 / Fax: 0522 70 96 76



Laboratoire
Mohammad Zefzaf

مختبر التحليلات
الطبية محمد الزفزاف

Dr. BERRA Mouna - Pharmacienne Biologiste

Dossier ouvert le : 11/10/19
Prélèvement effectué à 10:19
Edition du : 30/10/19

Madame MARZAOUI TAMOU EP LAAMAL

Réf. : 19J550

Compte Rendu d'Analyses

IMMUNO / SEROLOGIE

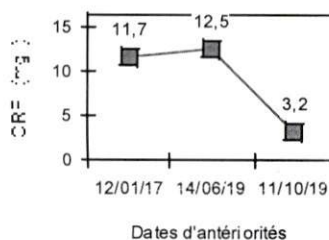
Normales Antériorités

Protéine C réactive : 3,20 mg/l

< 6

14/06/2019

12,50



LABORATOIRE MED. ZEFZAF
Dr. Berra Mouna
Bd. Med. Zefzaf Imm Snoussi 7 N°23
Attacharok - Casablanca
Tél.: 0522 70 96 96 / Fax: 0522 70 96 76