

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W19-588343

48716 MLD

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1924	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Soud Balya			
Date de naissance : 1952			
Adresse : Boulevard des Habous Au delà meugue BP 373			
Télé. : 06 70 20 88 50			
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Professeur Ben Abdellah Le Littoral Clinique RADIO-ONCOLOGUE S1	
Date de consultation : 23/11/2021	
Nom et prénom du malade : M. Soud Balya	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :

Le : _____



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
23/07/2010	5		250,00
20/07/2010			5

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

250,00

5

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENTELMIMI Dr Khalid BOUKHAMY 41 Massira N°2 Laayoune tel : 05 22 59 18 39	2.4.106.12020	5190.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

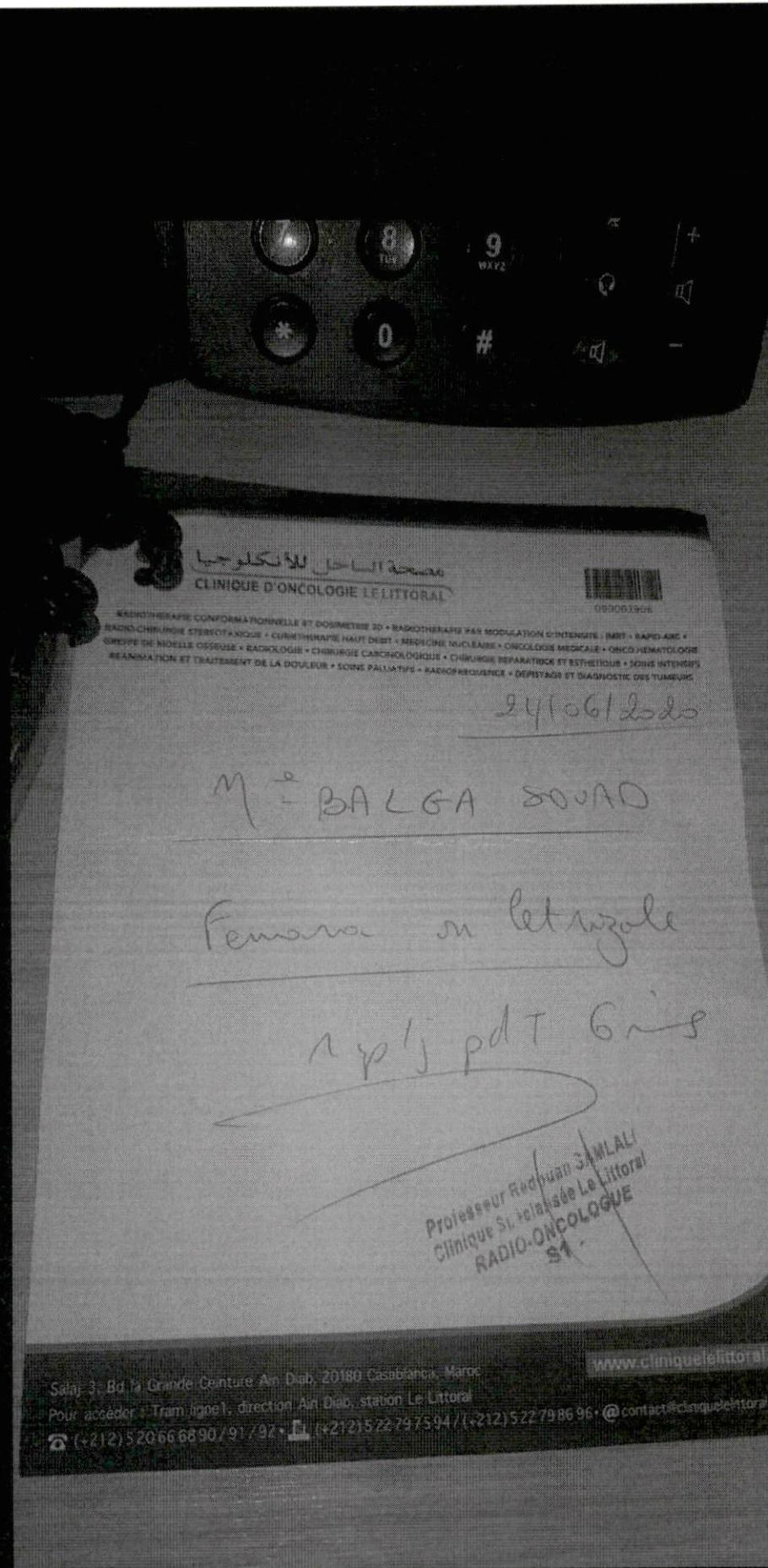
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODP.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



PHARMACIE BEN EL MEHDI

Facture N°

Date :

PHARMACIE BEN EL MEHDI
Dr. Khalid BOKHAMY
N° 2 Laayoune
Hay Al Massira N° 2 Laayoune
Tel : 05 28 99 10 39

24 06 2020

Client:

SOUAD BALAG

Forme	Produit	Quantité	Prix	Montant
CO	LETROZOLE ZINITH 2.5MG 30CPS	5	630,00	3 150,00
CO	LETROZOLE GT 2.5 MG 30CPS	1	713,00	713,00
CO	FEMARA 2.5 MG 30 COMPRIMES	1	1 021,00	1 021,00
CO	ARCOXIA 90 MG 7 CPS	2	133,00	266,00
CO	PANADOL EXTRA 20 CPS	2	20,00	40,00

Arrêté la présente facture à la somme de:
Cinq Mille Cent Quatre-vingt Dix Dirhams

Montant à payer: 5 190,00

PHARMACIE BEN EL MEHDI
Dr. Khalid BOKHAMY
N° 2 Laayoune
Hay Al Massira N° 2 Laayoune
Tel : 05 28 99 10 39

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Le 23/06/2020

Mme BALGA SOUA O

1) Arascia 90

1g/j po/T7j

2) Panadol extra

2 g si Douleur

Professeur Redouan GAMLALI
Clinique Spécialisée Le Littoral
ONCO-ONCOLOGUE

ليتروزول زينيت®

ليتروزول

عن طريق الفم

ZENITH Pharma



PPV : 630,00 DH

2,5
mg

30

قرصاً
مغلفاً

Létrazole Zenith® 2,5 mg

Létrazole

ليتروزول زينيت®

ليتروزول

عن طريق الفم

ZENITH Pharma



PPV : 630,00 DH

2,5
mg

30

قرصاً
مغلفاً

Létrazole Zenith® 2,5 mg

Létrazole

ليتروزول زينيت®

ليتروزول

عن طريق الفم

ZENITH Pharma



PPV : 630,00 DH

2,5
mg

30

قرصاً
مغلفاً

Létrazole Zenith® 2,5 mg

Létrazole

ليتروزول زينيت®

ليتروزول

عن طريق الفم

ZENITH Pharma



PPV : 630,00 DH

2,5
mg

30

قرصاً
مغلفاً

Létrazole Zenith® 2,5 mg

Létrazole

ليتروزول زينيت®

ليتروزول

عن طريق الفم

ZENITH Pharma



PPV : 630,00 DH

2,5
mg

30

قرصاً
مغلفاً

Létrazole Zenith® 2,5 mg

Létrazole

Létrozole GT® 2,5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

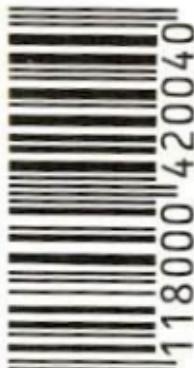


| TECNIMEDE GROUP

Lot: 91149
Per: 92/2024
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

6118000420040



Létrozole GT® 2,5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés



| TECNIMEDE GROUP

Lot: 91149
Per: 92/2024
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

6118000420040

A standard linear barcode representing the product information.

Létrozole GT® 2,5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés



| TECNIMEDE GROUP

Lot: 91149
Per: 92/2024
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

6118000420040

A standard linear barcode representing the product information.

Femara® 2,5 mg

30 comprimés

1 comprimé = letrozol. 2,5 mg

Femara® 2,5 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.

S 8 U 4 9
0 6 2 0 2 4

2219557

Fabriqué par
Novartis Pharma Stein AG, Suisse
Titulaire d'AMM:

Novartis Pharma Maroc

82, Boulevard Chefchaouni
Quartier Industriel d'Aïn Sébaâ
20590 Casablanca
Maroc.

6 118001 030187

FEMARA® 2.5 mg
Boîte de 30 Comprimés pelliculés

PPV : 1021.00 DH

Femara® 2,5 mg

30 comprimés

Lire la notice avant utilisation.

Excipients à effet notoire : Lactose.

 NOVARTIS

Voie orale. A conserver à une
température ne dépassant pas 30 °C.
Conserver à l'abri de l'humidité.
Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants.

Compromis
pelliculés
sécables

20

Panadol Extra 500 mg/65 mg

20 comprimés pelliculés sécables



INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament contient du paracétamol et de la caféine. Il est indiqué dans le traitement symptomatique de la fièvre et des douleurs.

CONTRE-INDICATIONS & MISES EN GARDE SPÉCIALES

Contient du paracétamol, ne pas associer à d'autres médicaments contenant du paracétamol.

Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 12 ans.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.

**En cas de surdosage,
consulter la notice.**

Numéro de l'Autorisation de Mise sur le Marché :
530/14 DMP/21/NCV

Panadol

COMPOSITION

Panadol Extra comprimé pelliculé sécable contient :

500 mg de paracétamol
et 65 mg de caféine.

Excipients QSP un comprimé.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament non soumis
à prescription médicale.
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Panadol est une marque
appartenant ou concédée
au groupe GSK.

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda - Région de Rabat

Informations médicales :

GlaxoSmithKline Maroc

42-44, Angle Bd Rachidi et rue

Abou Hamed AlGhazali - Casablanca 20000

VOIE ORALE

MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE

LOT : 0294
PER : AUT 2022
PPV : 20 DH 00



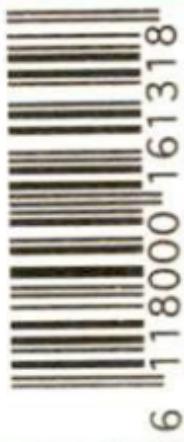
Qualité
Garantie
Panadol

Compromis
pelliculés
sécables

20

Panadol Extra 500 mg/65 mg

20 comprimés pelliculés sécables



INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament contient du paracétamol et de la caféine. Il est indiqué dans le traitement symptomatique de la fièvre et des douleurs.

CONTRE-INDICATIONS & MISES EN GARDE SPÉCIALES

Contient du paracétamol, ne pas associer à d'autres médicaments contenant du paracétamol.

Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 12 ans.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.

**En cas de surdosage,
consulter la notice.**

Numéro de l'Autorisation de Mise sur le Marché :
530/14 DMP/21/NCV

Panadol

COMPOSITION

Panadol Extra comprimé pelliculé sécable contient :

500 mg de paracétamol
et 65 mg de caféine.

Excipients QSP un comprimé.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament non soumis
à prescription médicale.
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Panadol est une marque
appartenant ou concédée
au groupe GSK.

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda - Région de Rabat

Informations médicales :

GlaxoSmithKline Maroc

42-44, Angle Bd Rachidi et rue

Abou Hamed AlGhazali - Casablanca 20000

VOIE ORALE

MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE

LOT : 0294
PER : AUT 2022
PPV : 20 DH 00



Qualité
Garantie
Panadol