

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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 caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 745

Société : RSM

Actif Pensionné(e)

Autre : RETRAITE / conjoint

Nom & Prénom : DEZAI M BEN SALEM

Date de naissance :

1938

Adresse : 278 BD YAHOUA BEMANSOUR ETC 01

Tél. : 0522495087

Total des frais engagés : 2391550 Dhs

0522992437

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/11/2010

Nom et prénom du malade : 07.07.10 AICHA

Age : 82

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prostthese de la cuisse

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 : 05/01/2021

Le : 05/01/2021

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
20/11/2016	165		300.01	Dr. S. A. Al-Khalifa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Dr. Kadir Hassan Mohamed 63, Rue Tamoune - 10000 Casablanca - Tél: 0522 26 05 1	22.11.2020	59550,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNALES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Khalil Jabbour Radiologie 0529 00 12 2121 Khalil Jabbour Radiologie	20/11/2020	Scanner / 100,00	100,00

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2011/2012

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadiiri 33, Rue Mamouni fatima
Zabjelanca - Tél. 05 22 36 05 07

~~Que~~ ~~Maths~~ ~~Science~~
class 9
Date _____

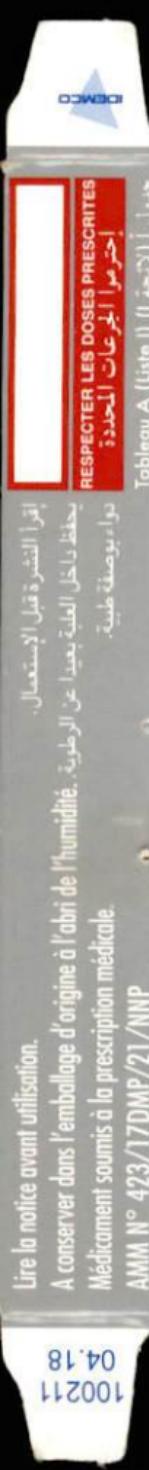
8640 1 Apr 2013 (5 days)
④ Boli Cool Goey

13810 Apr 16 (4i)
34900

③ 600

51 9550





7 Comprimés pelliculés

90 mg

90 mg

®

DOLCOX

Etoricoxib

7 Comprimés pelliculés

bottu / A

b

voie orale

PPV: 86DH40
PER: 09/23
LOT: J2467-1

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.
Médicament soumis à la prescription médicale.
AMM N° 423/17DMP/21/NNP

اقرأ التغشية قبل الاستعمال.

يحفظ داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة.
دواء بوصمة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم اجراعات الجرعة.
Tableau A (Liste A)

04.18
100211

اقرأ التغشية قبل الاستعمال.

يحفظ داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة.

Médicament soumis à la prescription médicale.
AMM N° 423/17DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم اجراعات الجرعة.
Tableau A (Liste A)

اقرأ التغشية قبل الاستعمال.

يحفظ داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة.

Médicament soumis à la prescription médicale.
AMM N° 423/17DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم اجراعات الجرعة.
Tableau A (Liste A)

اقرأ التغشية قبل الاستعمال.

Médicament soumis à la prescription médicale.
AMM N° 423/17DMP/21/NNP

82, Allée des Casuarinas - An Sétia - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



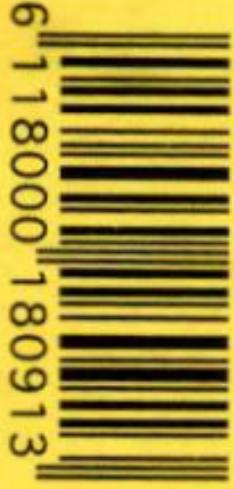
Laboratoires **SYNTHEMEDIC**
20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

سيدول

باراستامول / كهدبي



Cédol®
20 Comprimés



6 118000 180913

لسترة المثبات
Ne pas dépasser la dose prescrite
Liste I - Uniquement sur ordonnance

(101x42x20)mm

00/1809

حبة 20

عن طريق الفم

ستمديك

709202

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء تحديد بالبريدات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance - Liste -
Prescription only medicine - List -
الرجاء تحديد بالبريدات الموصوفة

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

Titulaire AMM/Détenteur DE/MA Holder/
المنفذ/المنفذ محرر/المنفذ
Sanofi-aventis France
82, avenue Raspail
94250 Gentilly - France

Fabricant/Manufacture/
المنفذ
Sanofi Winthrop Industrie
Boulevard Industriel Zone Industrielle
76580 Le Trait - France

3 664798 006193

Composition :

Une seringue pré-remplie (0.4 ml) contient 4000 UI
(40 mg) d'énoxaparine sodique.
Excipient : eau pour préparations injectables.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

Précautions particulières de conservation :

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage d'origine.

Médicament autorisé n°34009 364 686 6 5

Composition:

One pre-filled syringe (0.4 ml) contains 4000 IU
(40 mg) enoxaparin sodium.
Excipient: water for injection.

Read carefully the package insert before use.

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

Special storage conditions:

Do not store above 25°C.

This medicine is to be stored in its packaging until use.

Authorized medicine n°34009 364 686 6 5

GTIN : 03664798006193
Lot/Batch : 91835C
Fab/Man. : 1119
Pér/Exp. : 1022

Lovenox®

4000 UI (40 mg)/0,4 ml

énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

Solution Injectable/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit



2 seringues pré-remplies avec système de sécurité

2 pre-filled syringes with automatic safety device

SANOFI

التركيب:
تحتوي المحقنة المليئة مسبقاً من 0.4 مل على 4000 وحدة دولية (40 ملخ) من إنوكراپارين الصوديوم.

السٍوٍاخ: ماء للحقن.
الرجاء قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال.

يحفظ بعيداً عن نظر وتناول الأطفال.
احتياطات خاصة للحفظ:
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.
يحفظ في عبوته الأصلية.

دواء مرخص رقم 34009 364 686 6 5
DE: 15/96/12B 082/376

لوفينوكس® 4000 وحدة دولية (40 ملخ)/0.4 مل

إنوكراپارين الصوديوم

محلول للحقن

عن طريق الحقن تحت الجلد، الحقن داخل الوريد

عن طريق الحقن خارج الجسم، في جلسة غسل الكلى

محقّنات معبّات مُسبقاً مع جهاز أمان

Composition :

Une seringue pré-remplie (0.4 ml) contient 4000 UI (40 mg) d'énoxaparine sodique. Excipient : eau pour préparations injectables.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

Précautions particulières de conservation :

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage d'origine.

Médicament autorisé n°34009 364 687 2 6

Composition:

One pre-filled syringe (0.4 ml) contains 4000 IU (40 mg) enoxaparin sodium. Excipient: water for injection.

Read carefully the package insert before use.

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

Special storage conditions:

Do not store above 25°C.

This medicine is to be stored in its packaging until use.

Authorized medicine n°34009 364 687 2 6

765046

Lovenox®

4000 UI (40 mg)/0,4 ml

énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

Solution Injectables/Solution for injection

voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

extra-corporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

Seringues pré-remplies avec système de sécurité
pre-filled syringes with automatic safety device

SANOFI 

Lovenox®

لويفينوكس[®] 4000 وحدة دولية (40 ملг) / مل

إنوكراپارين الصوديوم

محلول للحقن
عن طريق الحقن تحت الجلد، الحقن داخل الوريد
عن طريق المضخ خارج الجسم، في جسمة غسل الكل
6 مللي متر مللي متر مللي متر مع جهاز أمان أو توماتيكي
التركيب،

تحتوي المضخة المعلبة مسبقاً من 0.4 مل على 4000 وحدة دولية (40 مل) من إنوكراپارين الصوديوم.

الرجاء قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال.
يحفظ بعيداً عن نظر ومتناول الأطفال.

احتياطات خاصة للحفظ،
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

يحفظ في عبوته الأصلية.

دواء مرخص رقم 34009 364 687 2 6

DE N° 15/96/12B 082/376

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الموصفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Titulaire AMM/Détenteur DE/MA Holder/
الشركة حاملة رخصة التسويق/صاحب مقرر التسجيل
sanofi-aventis France
82, avenue Raspail
94250 Gentilly - France

Fabricant / Manufacturer/ المصنع
Sanofi Winthrop Industrie
Boulevard Industriel, Zone Industrielle
76580 Le Trait - France

3 582910 077824

Per/Exp/ : 0423
0520
0L326A
Lot/Batch : 0L326A

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

20/11/2006

Dr Souhail Bensaleh
patient qui porte le
nom de son fils

Le Dr Souhail Bensaleh
est

René le bon bon
avec Souhaib et
passe

bonne 100 bon

Dr Souhail BENSALLEH
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Hôpital Cheikh Khalifa

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **114 527** / **2020** du **20/11/2020**

Nom patient : **MOTIK AICHA**

Entrée **20/11/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **20/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Scanner du rachis lombaire	1,00		1 500,00 Sous-Total	1 500,00 1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total	1 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 500,00					

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-ickm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **114.469** / 2020 du **20/11/2020**

Nom patient : **MOTIK AICHA**

Entrée **20/11/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **20/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Opital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel. 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: contact@opitalcheikhkhalifaibnzaid.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 20/11/88

Quittance - Paiement espèces

0526158

IPP :

N° D'admission : 2A4461 Montant : 300 DHS
Patient : NOTIK ALCHA

Cachet