

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0048642

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Complémentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HILAL HAKIMA

Date de naissance : 11/1/63

Adresse : 179 Bd BOUADOU ASSA

Tél : 06/61 178 556

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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : ASSA Le : 15/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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'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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

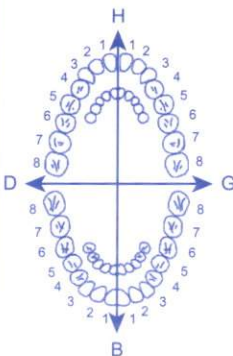
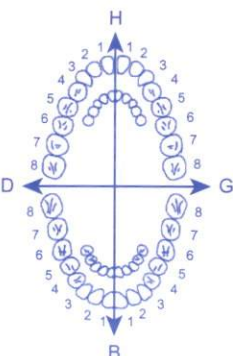
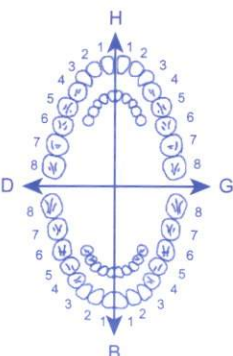
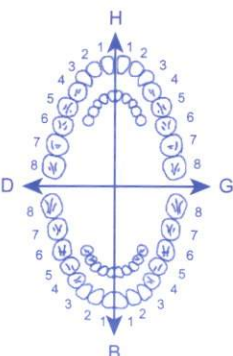
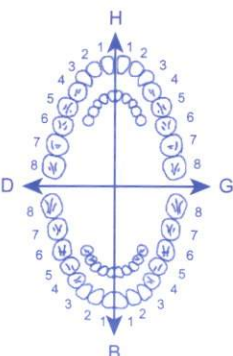
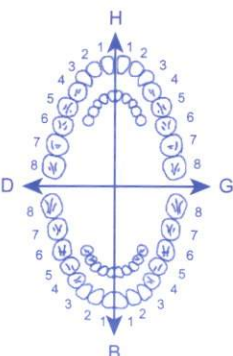
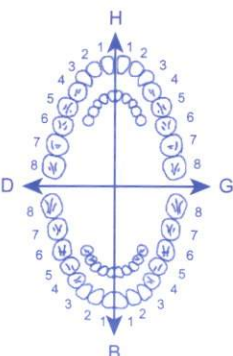
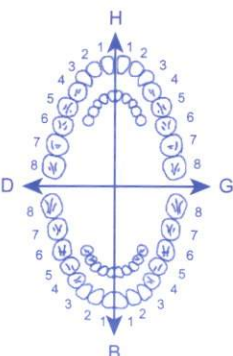
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																							
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																						
		<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																					
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td> </td> <td rowspan="4">MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td> </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td rowspan="10">  </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td rowspan="4">DATE DU DEVIS <input type="text"/></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td rowspan="10">  </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td rowspan="4">DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		H		G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
H			G																																																								
25533412 00000000			21433552 00000000																																																								
D			G																																																								
00000000 35533411			00000000 11433553																																																								
B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																							
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, 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

## Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84

S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666

PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com

**RMA**ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCEFEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	:	MAROC BUREAU					Page	1/1
Assuré	:	KAMEL KHALID						
N° Affiliation	:	00130839 00 002525		Rér (C / V)	:	02955120		
Personne soignée	:	KAMEL KHALID		N° Externe	:			
N° Enliste	:	2022032 00		Date ouverture	:	05/01/2023		
Nature de la maladie	:			Date règlement	:	10/01/2023		

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT. SPEC.	0	0	250.00	250.00	85.00	212.50
PHARMACIE	1 0	0	514.60	431.10	85.00	366.44
TOTAL			764.60	681.10		578.94
R.T. PRODUIT RHINO-LARYN : NON REMBOURSEABLE						Montant A. Remboursé
						578.94



**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84  
S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666  
PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041  
Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
www.rmaassurance.com

**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ**

Employeur : MAROC BUREAU				Page 1/1		
Assuré : KAMEL KHALID				R#r (C / V) : 02965120		
N° Affiliation : 00130839 00 002525				N° Externe :		
Personne soignée : KAMEL KHALID				Date ouverture : 06/01/2023		
N° sinistre : 2022032 00				Date règlement : 10/01/2023		
Nature de la maladie :						

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	250.00	250.00	85.00	212.50
PHARMACIE	1 0	0	514.60	431.10	85.00	366.44
TOTAL			764.60	681.10		578.94
N-1: PRODUIT RHINO-LARYN: NON REMBOURSEABLE.						Montant A. Rembourser  578.94



RMA

*[Faint handwritten notes]*

تصريح بالمرض

**Déclaration de maladie**

Type de déclaration

☒ Maladie

☐ Maternité

☐ Optique

☐ Clinique☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation

## Intermédiaires

Cachet du souscripteur :

Souscripteur :

Nº de police

Adresso

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse \_\_\_\_\_

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

Lien de parenté

montant des frais engagés :

DHS

teste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Signature de l'assuré(e)

Me

TIQU  
fam  
r de  
appel  
ulé, es  
es cau



## Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

Kamel Khalil

Date de naissance

Nature de la maladie :

APR 24

Dr. IDRISS Abdelhamid  
O.K. at Ghazoua Face & Cou  
703 Rue Ghazoua - Casa  
Tel : 05 22 22 01 41

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

### Nature des prestations

[illegible]

Dr. IDRISSI Abdelhamid  
O.R.L et Chirurgie Face et Cou  
103, Rue Charoua - Casa  
Tel : 05 22 22 01 41

Pharma

## Fractures

Date \_\_\_\_\_

22



## Pharmacie

### Factures

Date

Montant

22/12/22

514,60

### Signature & cachet

Pharmacie du Louvre  
صيد لوف  
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél : 0522 25 32 0  
pharmaciedulouvre@gmail.com

### Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
- Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M. concernant les médicaments.

Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de régularité délivré par cet organisme.

In cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.

Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident de travail doivent être remis au plus tard après la cessation des soins.





# CABINET O.R.L

- NEZ - GORGE - OREILLES
- CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
- CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISSE

SPECIALISTE

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS

الدكتور عبد الحميد الإدريسي

إختصاصي

خريج كلية الطب بباريس

S.V

40,00 Casablanca, le 22-12-2022

195,20  
139,50 Xyflo 400 ou Zivbox 400

83,50  
Rhinolaxur fat

41,10  
Bronchokar sans suc

15,30  
VTC sans suc

T: 514,60

Pharmacie du Louvre  
206, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél: 0522 25 32 05  
pharmacie.dulouvre@gmail.com

Dr. IDRISSE  
O.R.L. - Chirurgie

زاوية للاقاوت - ساحة الطاهر السبتي - الهاتف: 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82 - الدار البيضاء  
Rue Chaouia ex. Colbert, Angle Lalla Yacout - Place Tahar Sebti - Tél: 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82



**400 ملغ**

comprimé pelliculé

17: M0626

11/2023

139,50DH

مختبرات ديفا للصيدل

de

identique

- si l'un des effets devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Cette notice contient les informations suivantes :
1. Qu'est-ce que zivlox 400 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
  2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?
  3. Comment prendre Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?
  4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
  5. Comment conserver Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?
  6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que zivlox 400 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

**CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Zivlox est un antibiotique de la famille des fluoroquinolones pour traiter, chez l'adulte à partir de 18 ans, certains types d'infections bactériennes causées par certains microbes, appelés bactéries. Zivlox 400mg, comprimé pelliculé, est indiqué dans le traitement des infections bactériennes suivantes causées par des bactéries à la Moxifloxaciné :

- Exacerbations aiguës de bronchite chronique.
- Pneumonies communautaires.
- Sinusites aiguës bactériennes.

TIQUE

la famille des fluoroquinolones, à partir de 18 ans, certains types d'infections bactériennes. Zivlox 400mg, comprimé pelliculé, est indiqué dans le traitement des infections bactériennes causées par des bactéries sensibles

concernée par la douleur et le gonflement de votre cheville. Cela peut être le signe d'une infection.

Parlez avec votre médecin du risque de rupture du tendon avec Zivlox. La rupture de tendon peut survenir pendant le traitement avec Zivlox. Les ruptures de tendon peuvent survenir à n'importe quel moment pendant le traitement, mais elles surviennent plus souvent chez les personnes âgées et chez celles qui prennent des corticoïdes.

La rupture de tendon peut survenir pendant le traitement avec Zivlox. Les ruptures de tendon peuvent survenir à n'importe quel moment pendant le traitement, mais elles surviennent plus souvent chez les personnes âgées et chez celles qui prennent des corticoïdes.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

Si vous avez déjà eu une réaction allergique à un antibiotique, demandez immédiatement à votre médecin si vous pouvez prendre Zivlox. Les symptômes d'une réaction allergique peuvent inclure : urticaire, gonflement de la face, de la gorge ou des lèvres, difficulté à respirer.

**RHINOLAYA**

ACL 470 196 9

CN 172330.7

LOT 10868

PER 02/2024

PPC 83 500H

**bronchokod**

sans sucre

Adultes

LOT:1164

PER:05/24

PPV:41,10DH

EFFIPRED® 20 mg

LOT 10868

PER 02/2024

PPC 83 500H

BRONCHOKOD SANS