

# 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'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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 54229

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 :

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

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 :


Signature de l'adhérent(e) :




# 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
18/01/2023				 Professeur Agrégé ISMAILI NABIL Oncologie Médicale 6206

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ENNE NACIRI 253, Av. Mohamed Taieb NACIRI Bordj - Algérie RC : 390249	18/1/23	1136,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire de Radiologie Tél : 05.29.03.33.33 E-mail : labo@chb-bordj.dz	24/01/23	6080	95,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

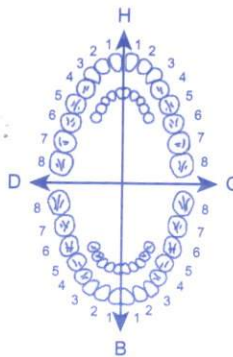
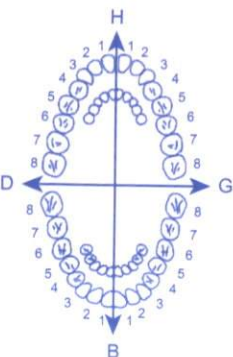
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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



وصفة طبية

Ordonnance

PHARMACIE AVENUE NACIRI  
299, AV Mohamed Taieb Naciri  
Hay Hassani (Oulfa) - Casablanca  
RC : 390249

Casablanca, le

18/01/23

Moroccan Asmaa

872.00 1) EMEND MTS

28.10 2) Nogales Smp 21/04

167.40 3) XANTI'S Sy 1/3i

40.00 4) Effimed 20 30/01/23

28.80 5) 1136/30 21

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

EMENDO® 125 mg+ 80 mg  
Boîte de 1 gélule de 125 mg  
et deux gélules de 80 mg  
P.P.V: 872.00 DH  
AMM 79/19DMP/21/NRS  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160754



3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE  
Antiasthénique (A: appareil digestif et métabolisme).

#### 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple: malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathies.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

#### 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration:  
Voie orale.
- Durée du traitement:  
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration:  
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT  
L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

#### 6. CONTRE-INDICATIONS

DANS QUELQUES CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT  
Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:  
- Intolérance connue à la vitamine B1.  
- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER  
VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.  
N'HESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN  
VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON  
ET GENANT.

#### 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence de sucrose et de l'arôme mélohydrique, ce médicament est contre-indiqué chez les personnes souffrant de syndrome de malabsorption du sucrose-isomaltase.

EN CAS DE DOUTE,  
VOTRE MEDECIN OU

#### EXCIPIENTS A EFFET

- Saccharose et Lactose
- Parfums en à votre mesure
- EN CAS DE DOUTE,  
VOTRE MEDECIN OU

#### 9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments
- Interactions avec les aliments
- Interactions avec les produits naturels

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE LES  
MEDIAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT  
AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE  
PHARMACIEN.

#### 10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse et l'allaitement n'est recommandée qu'en cas de nécessité absolue.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH06  
EXP 09/2025  
LOT 20018 2

PPV

LOT

PER

28,00

Lot:  
EXP:  
PPV (DH):



Solution buvable



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

18/01/2023

Mohamed Amine

MB

Laboratoire Nabil  
Tél : 05 29 05 02 33  
E-mail : labn@fck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Agrégé ISMAIL NABIL  
Oncologie Médicale  
091176206

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 17451 / 2023 du 04/02/2023

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	04/02/2023
	PAYANTS	Sortie	04/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0080	96,00	96,00
			Sous-Total	96,00
Total Clinique				96,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS	Total	96,00

Tél : 05.29.05.02.33  
mail : labo@fckm-bek.ma



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 04/02/2023

Prélevé le : 04/02/2023 à 07:52

Edité le : 04/02/2023 à 11:05

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 23020784K

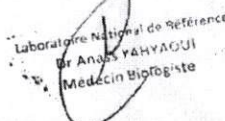
Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



Le 04/02/2023 à 11:05

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS



Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

2 / 2



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 04/02/2023

Prélevé le : 04/02/2023 à 07:52

Edité le : 04/02/2023 à 11:05

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 23020784K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.03	10 <sup>12</sup> /l	3.8 - 5.9	3.87 10 <sup>12</sup> /l (17/01/2023)
Hémoglobine	:	11.0	g/dl	11.5 - 17.5	10.4 g/dl (17/01/2023)
Hématocrite	:	33.6	%	34 - 53	32.7 % (17/01/2023)
VGM	:	83.4	fl	76 - 96	84.5 fl (17/01/2023)
CCMH	:	32.7	g/dl	31 - 36	31.8 g/dl (17/01/2023)
TCMH	:	27.3	pg	24.4 - 34.0	26.9 pg (17/01/2023)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	6.57	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 11.0	4.98 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (17/01/2023)
P. Neutrophiles	:	45.6	%	3.00 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7	48.0 % (17/01/2023)
P. Eosinophiles	:	0.5	%	0.03 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.58	1.6 % (17/01/2023)
P. Basophiles	:	0.2	%	0.01 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> <0.11	0.2 % (17/01/2023)
Lymphocytes	:	32.1	%	2.11 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8	34.9 % (17/01/2023)
Monocytes	:	21.6	%	1.42 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.15 - 1.00	15.3 % (17/01/2023)

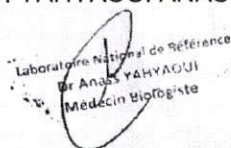
#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	203	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 445	112 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (17/01/2023)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 04/02/2023 à 11:05

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS



Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 / 2