

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

- 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.

N° W21-723267

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1800**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUTAIB FATIMA ZAHRA**

Date de naissance : **01-01-1980**

Adresse : **196 E BOUTAIB OURFA**

Tél. : **06-66-42-84-34** Total des frais engagés : **182891** DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04 NOV 2023

Nom et prénom du malade :

RIHANI ISMAIL Age : **4 ANS**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation pédiatrie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

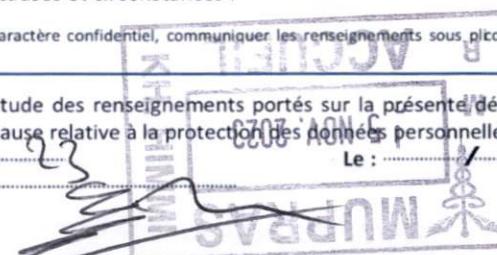
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



VOLET ADHERENT

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
04 11 2023	63		30010	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BENANI JADAR 1 Oued Sebou, Quif CASABLANCA 61-05.22.90.18.90	01.11.2023	11.216.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION 	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	G	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



2300774081 / H0119044596

Prénom : Ismail
Nom : RIHANI
DDN : 07/11/2019 E: 04/11/2023
Ca: Service :URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

و nce



21.00

① Budoued Sèz
10 ml 3x1 0 x 0



15.00

② Gaitec Sèz



57.10 Pharmacie TAM
Dr. BENANI Jaafar
302, Bd Oued Sebou, Oujda
CASABLANCA -
TEL: 05.22.90.18.99



③ T S Seline - 20 mg

77.90. 20 g 1 0 3 0



④ Sodav 500 mg sach

10 sach

Adresse : Boulevard Mohammed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casabou Rabii, Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477 / +212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

1280
Dolignau 300 m.s.m.
Am 00
1860 8 07 39°



1 : 216.70.

PROFESSOR DR. ERNST DÖMLING-FATIMA
Geophysikalisches Institut der Universität Karlsruhe

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 155 897 / 2023 du 04/11/2023

Nom patient : RIHANI ISMAIL

Entrée 04/11/2023

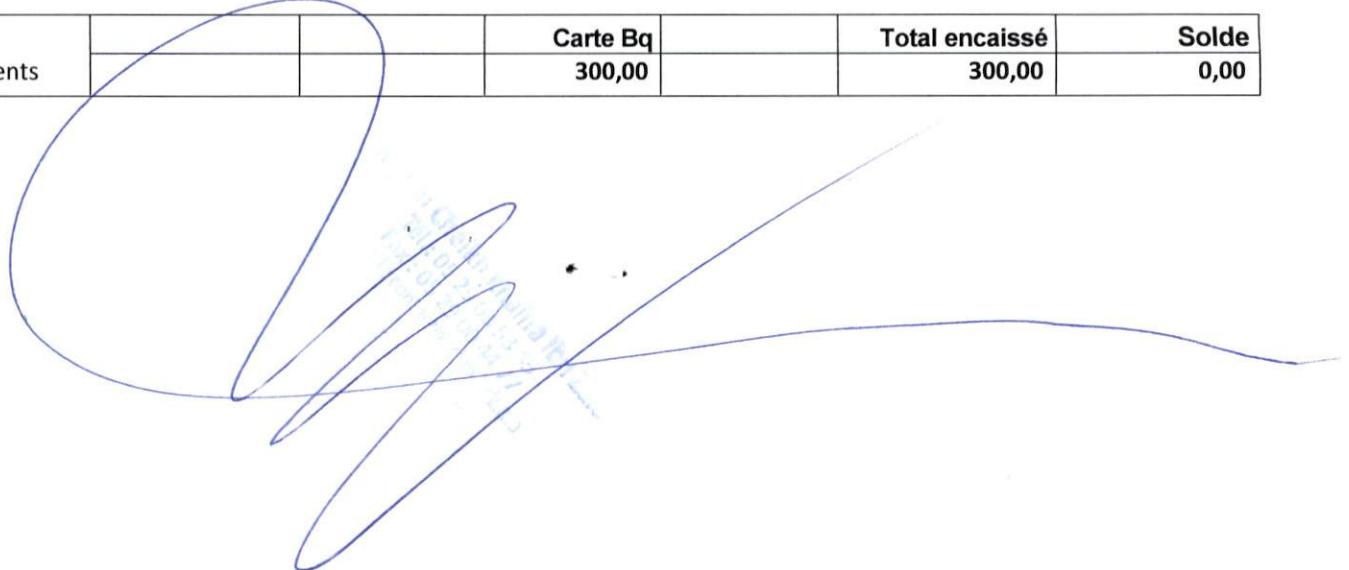
Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		Total 300,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		300,00	300,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2311042013159380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300774081	RIHANI ISMAIL	04/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005642	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ABD.KAR

Chambre 101
Tel: 05 22 353 65
Fax: 05 29 04 11 22
Email: contact@...
www.hopitalcheikhkhalifa.com



مراكز التقديمات

SANS CONTACT



04/11/23 19:02:05
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxxx3479
CARTE NATIONALE
39A2AA0DCB57198F
621-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 014
NUM AUTORISATION : 046782
STAN : 005642

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

6 118000 240228
Buitovenet® 0,04%
Salbutamol - Siroop - Flescon de 150 ml
PROMOPHARM S.A.

Sirop - Flacon de 150 ml

Butovent® 0.04%

Butovent® 0.04%
Salbutamol

PROMOPHARM S.A
Z.I. du sahel, Had Soualem - Maroc
Fabricué par :

Sirrop Flacon de 150 ml

Tableau A (Liste 1)

Ne pas dépasser les doses prescrites

Salbutamol

0,04%

Butovent®

0,040 g	(sous forme de sucre de sucrarium)	Ethyldiaphat (dort saccharose, Sorbitol libidine,	100 ml
0,001 g	(sous forme de sucre de sucrarium)	Ethyldiaphat (dort saccharose, Sorbitol libidine,	100 ml
0,001 g	(sous forme de sucre de sucrarium)	Ethyldiaphat (dort saccharose, Sorbitol libidine,	100 ml
0,001 g	(sous forme de sucre de sucrarium)	Ethyldiaphat (dort saccharose, Sorbitol libidine,	100 ml

۱۵۰ : ۶۷

Butovent®

21,90 0,04%
Salbutamol

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
بحب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (جدول I)



Titulaire d'AMM/Fabricant
Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous Licence des Laboratoires STREULI - SUISSE

صاحب رخصة التسويق الصناعي
مختبرات سوطيما

ص.ب رقم 1, 27182 بوسكورة - المغرب
بنرخوس من طرف مختبرات سترولي - سويسرا

LOT 2304531
EXP 01/2028
PPV



إيزولون
بريدنيزولون



ISOLONE 20mg
30 comprimés

AMM N° 65 DMP/21/NCN

6118000 020806

COMPOSITION :

Prednisolone 20 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé.

Excipient à effet notable : Lactose.

CONDITIONS D'UTILISATION ET DE CONSERVATION :

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

التركيبة :
بريدنيزولون 20 ملء
السواغات كمية كافية لفross واحد.

سوان ذو تأثير معروف : لاكتوز
شروط الاستعمال و الحفظ :

عن طريق الفم.
اقرأ النشرة بتعمق قبل إستعمال الدواء.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتعذر
درجة متوية، بعيداً عن الرطوبة.

Isolone®

Prednisolone

20 mg

30 comprimés

Voie orale



سوطيما
Sotrema

Soclav®

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1



500 mg/62,5 mg

16 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants

<input type="checkbox"/>				
MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطاما
sothema

التركيبة :
أموكسيسين (علی شکل أموكسيسين ثلاثي مالي) 500
مليغ
أضاف كلوفالونيك (علی شکل كلوفالونيك المعقود) 62,5 ملغ
مليغ
كم 2 كافية للكيس واحد.

ساعات ذات تأثير معروف: أسيباراتام، مالتيوكسترين.
كيفية وطريقة الإستعمال:
أفر الشارة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

شروط الحفظ:

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية بعيداً عن الرطوبة.

تعتبر هذه الأدواء بعيداً عن مرأة ومتسلول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يجب حفظ الأدوات بأوصاف

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف بمحض وفظمة طبية - جدول | عرض |

77,90

6 118000 091387


Clartec 0.1g/100ml flacon de 120ml

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Vaste utilisation.

de médicament est réservé à l'enfant de moins de 2 ans. Lire attentivement la notice

Avise en garde spéciales :

1 Cuillère mesure/jour
Poids ≤ 30kg :

2 Cuillères mesures/jour
Poids > 30kg :

Enfant de 2 à 12 ans :

Posologie :

le solium.

du propyléneglycol et du benzote

de médicamenteux contient du glycérol,

de sucre-mesure (5ml) contenu 3 g

de cuillère-mesure.

car cuillère-mesure.

00 ml de sirop, soit 5 mg de loratadine

composé : Loratadine 0.100 g pour

٢٣٣

ج ١٢٠ مل

ج ١٠٠ مل

ج ٦٥ مل

٤٧١٠٠

Clartec®



ج ٣٣ مل - ج ٣٣ مل - ج ٣٣ مل

٣٣ مل ج ٣٣ مل ج ٣٣ مل

Respecter les doses prescrites

AMM : 1084 DMP/21/NNP

دوليران®

باراسيطامول

لبوسات 10

300 ملغ

15 - 24 كلغ

الأوجاع و الحمى

Doliprane® 300 mg
Paracetamol
10 Suppositoires



6 118000 040316

عن طريق الشرح

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية

voie rectale

Tenir hors de portée et de vue des enfants.

A conserver à une température inférieure à 30°C.



bottu,
60, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 565/16 DMP/21/NRQ

بottle, 82، بولالكاريون، عن السبع - الدار البيضاء
من، البلاستيك - صيدلي مسؤول



Doliprane®

Paracétamol

300 mg

10 Suppositoires

DOULEURS & FIEVRE

15 à 24 kg

12,80
12 00
10 00
08 00
06 00
04 00
02 00
00 00

00 00
00 00
00 00
00 00