

# 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

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

38376

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0000087

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11059 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Babalahen Mohamed Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0666599600 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HRICHI Rachid  
Médecine Générale  
195, Av. Oued Tansift Cité El Ouita  
Tél : 05 27 19 43 96

Date de consultation : 21/08/2020  
Nom et prénom du malade : BABALAHEN MOHAMED Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bouclit infectieux + Colopatie  
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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/09/2020



# 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
21/08/2020	4	01	200 DHS	DR. H. RICHIE Médecine Générale Tél : 05 22 22 22 22 091076893

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/20	389,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

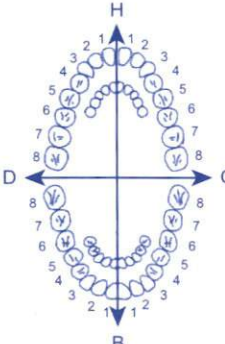
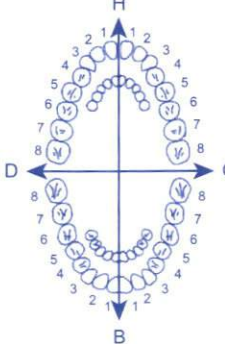
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشي رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة، الدار البيضاء

الهاتف: 0666 80 76 66

Casablanca, le : 29/08/2020 : الدار البيضاء، في

M<sup>re</sup>

BABALAH CEN

MOHAMED

HRICHI Rachid  
Médecine Générale  
Av Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casablanca - Tél : 05 27 19 43 96

106.80 (19) PARAXON 1g



(18/12)

1 inj. intra muscular.

93.00 (29) IBERTIN 1g



(18/12)

1st x 2/

06j

22.70 (37) RINOMYCINE



187 x 33

Suspension Adulte.

20.80 (19) COBET 5x



1 Ca's x 3/

96.00 (59) BELMAZOL 200mg



18cl /

60.40 (69) NEALGYL 4p 800mg



1cp x 3/



389.40

الدكتور الحريشي رشيد  
HRICHI Rachid  
Médecine Générale  
15, Av Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casablanca - Tél : 05 27 19 43 96

OT: P-07-2  
2: 07-2022  
V: 106,80DH

PHARMA5 LOT :2183  
UT.AV :05-22  
PPV :22DH70

**RIAXON®**  
— Céftriaxone I.M.

Jre +  
solvant



1g / 3,5 ml

50,40

PPV 5CDH40  
PER 02/2022  
LOT 1485

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياس

**CODETUX®**

Codéine camphor sulfonate  
Sirop Adulte - Flacon de 180 ml



n + et à

actéries y  
ctamases

P.P.V. : 20,50 DH



6 118000 190301

LOT :  
EXP :  
PPV :

96,00

PPV: 93DH00  
PER: 12-2021  
LOT: 16619002



• Sinusites, maxillaires aiguës  
 • Surinfections des bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique, chronique, tabagique, âge de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention  
 • Exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques  
 • Parodontites  
 • 3 jours ou 3 prises dans les indications suivantes :  
 • Autres formes de sinusites ;  
 • Otitis moyennes aiguës ;  
 • Cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de val  
 ferme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des  
 germes sensibles ;  
 • Infections gynécologiques hautes, en association à un autre  
 antibiotique actif sur les chlamydiae ;  
 • Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites ;  
 • Pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique  
 chronique, tabagique, âge de plus de 65 ans ou présentant des  
 troubles de la déglutition ;  
 • Traitement de relais de la voie injectable.  
**Adulte insuffisant rénal (poids  $\geq 40$  kg)**  
 Posologie  
 > 30 ml/min : Pas d'adaptation nécessaire  
 entre 10 et 30 ml/min : 1 g/25 mg toutes les 12 à 24 h  
 < 10 ml/min : Pour les patients traités ou non par hémodialyse, les conditions d'utilisation n'ont pas été établies  
**Subjecte :**  
 Pas d'adaptation de la posologie sauf si la clairance de la créatinine  
 est  $\leq 30$  ml/min.  
 • Chez l'enfant : IBERTINE 500mg/62,5 mg  
 Enfant normotensionnel âgé de plus de 30 mois : 80 mg/kg/jour en 3 prises, sans dépasser la posologie de 3g par jour.  
 Enfant insuffisant rénal âgé de plus de 30 mois :

Posologie	Clairance de la créatinine
> 30 ml/min	Pas d'adaptation nécessaire
entre 10 et 30 ml/min	15mg/kg/jour au maximum 2 fois par jour
< 10 ml/min	15mg/kg/jour au maximum

• Effets indésirables plus fréquemment observés :  
 o Candidose, nausées, vomissements,  
 o Diarrhées,  
 • Effets indésirables peu fréquemment ou rarement observés :  
 o Vertiges, céphalées, maux de tête,  
 o Dyspepsie et douleurs abdominales,  
 o Augmentation modérée et sans signes cliniques des  
 transaminases alcalines,  
 o Eruption cutanée, prurit (démangeaison), urticaire, érythème  
 cutané.  
 • Les effets indésirables sont classés en fonction de leur fréquence  
 d'apparition :  
 • Effets indésirables plus fréquemment observés :  
 o Candidose, nausées, vomissements,  
 o Diarrhées,  
 • Effets indésirables peu fréquemment ou rarement observés :  
 o Vertiges, céphalées, maux de tête,  
 o Dyspepsie et douleurs abdominales,  
 o Augmentation modérée et sans signes cliniques des  
 transaminases alcalines,  
 o Eruption cutanée, prurit (démangeaison), urticaire, érythème  
 cutané.  
**4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS :**  
 Les effets indésirables sont classés en fonction de leur fréquence  
 d'apparition :  
 • Effets indésirables plus fréquemment observés :  
 o Candidose, nausées, vomissements,  
 o Diarrhées,  
 • Effets indésirables peu fréquemment ou rarement observés :  
 o Vertiges, céphalées, maux de tête,  
 o Dyspepsie et douleurs abdominales,  
 o Augmentation modérée et sans signes cliniques des  
 transaminases alcalines,  
 o Eruption cutanée, prurit (démangeaison), urticaire, érythème  
 cutané.  
 En cas de signes évocateurs de surdosage ou en cas de  
 surdosage, consulter immédiatement votre médecin.  
**5. CONSERVATION DE IBERTINE 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg**  
 Sachets :  
 Conserver le médicament dans son étui original à l'abri de  
 l'humidité et à une température inférieure à 25°C.  
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
 Précaution : Ne pas utiliser IBERTINE 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg  
 Sachets après la date de péremption figurant sur la boîte, ni sur les  
 sachets.  
**6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :**  
 • Que contient IBERTINE 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg sachets :  
 Composition  
 IBERTINE 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg  
 Amoxicilline (DCI)  
 trihydratée exprimée  
 en amoxicilline  
 1000 mg  
 sel de potassium,  
 exprimé en acide  
 clavulanique  
 125 mg  
 500 mg  
 62,5 mg  
 Excipients : croscopolone, aspartame, arôme pêche citron fraise.  
**• Forme pharmaceutique et Présentation :**  
 - Poudre pour suspension buvable en sachets doses de 500 mg  
 d'amoxicilline et 62,5 mg d'acide clavulanique : boîte de 12, 14, 16  
 et 24 sachets.  
 - Poudre pour suspension buvable en sachets doses de 1000 mg  
 d'amoxicilline et 125 mg d'acide clavulanique : boîte de 12, 14, 16  
 et 24 sachets.  
**• DESIGNATION DES TABLEAUX EVENTUELS :**  
 Tableau A. (Liste I)  
**• DATE DE LA REVISION DE LA NOTICE :**  
 Juillet 2015.  
 • Laboratoire titulaire de l'AMM  
 Laboratoire Pharmaceutique IBERMA  
 Zone Industrielle, lot 149  
 Had Soualem, Province de Berrechid  
 Maroc